



**UNIVERSIDADE DO MINHO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

CURSO DE LICENCIATURA EM ORTÓPTICA E CIÊNCIAS DA VISÃO

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
ANO LETIVO 2018/2019 – 4º ANO

Autor: Kleusa Vanine Almeida Lopes Medina, N.º 3069

Mindelo, 2019

Universidade do Mindelo
Licenciatura em Ortóptica e Ciências da Visão

*Frequência, caracterização e etiologia das doenças oncológicas oculares em
Cabo Verde*

Autor: Kleusa Medina, nº 3069

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na Universidade do Mindelo como objetivo principal à obtenção do título de Licenciatura em Ortóptica e Ciências da Visão.

Orientadora: Doutora Vânia Teófilo

Mindelo, 2019

AGRADECIMENTOS

Registo aqui a minha gratidão e apreço a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho. Agradeço:

Aos meus pais adotivos, por todo esforço e apoio que me deram ao longo desses 4º anos de Licenciatura.

À minha orientadora, Professora Doutora Vânia Teófilo, pela orientação, apoio e disponibilidade.

Aos professores da Universidade do Mindelo e da ESTeSL, pelo incentivo, dedicação e por terem partilhado os seus conhecimentos durante esses anos todos do curso.

Às Oftalmologistas, Dra. Karina Mascarenhas, Dra. Isabel Adir e Dra. Jacqueline Pereira, pela disponibilidade e por terem transmitido os seus conhecimentos.

E um especial agradecimento aos meus amigos, por serem pessoas maravilhosas e especiais, tornaram estes anos de curso muito mais divertidos e agradáveis.

Ao meu tio, pela ajuda, incentivo e apoio que me deu durante o trabalho.

Por fim, à minha família pelo apoio, paciência e incentivo ao longo desse trabalho.

A todos um especial Obrigado!

RESUMO

O cancro é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade ao nível mundial. O cancro ocular, por sua vez, caracteriza-se por um grupo de doenças relativamente raras que podem surgir em qualquer parte dos olhos. No continente africano, contudo, o cancro ocular é considerado uma das doenças oculares mais comuns e também uma importante causa de morbilidade e mortalidade no continente. A escolha da temática cancro ocular para a realização desta pesquisa deveu-se tanto ao interesse por este tópico ainda pouco explorado, como também à necessidade de ter uma noção do impacto que o cancro ocular tem atualmente no país. O presente trabalho não só descreve e analisa as estratégias utilizadas pelos oftalmologistas na promoção da adesão à prevenção e diagnóstico precoce dos cancros e tumores oculares, mas também identifica, o quanto possível, a frequência do cancro ocular na realidade cabo-verdiana. Para tal foram aplicados vários métodos de pesquisa incluído, entrevistas com oftalmologistas praticantes, revisão bibliográfica e análise dos dados disponíveis. A pesquisa mostrou-se, à partida, desafiante, quanto mais não seja, pela ausência no país de uma cultura definida de tratamento de dados e arquivologia. Ainda assim, evidencia-se importante para a área da Saúde Ocular em Cabo Verde, pelo que empreende-se este caminho, ciente da carência de estudos sobre esta temática no país. Os resultados evidenciaram que houve casos de tumores oculares diagnosticados no país não sendo possível contudo, caracterizar estes tumores. Nos outros países africanos, há relatos de casos de tumores oculares, tanto benignos e malignos, com maior incidência nos malignos como o retinoblastoma e, o mais recorrente, o carcinoma escamoso conjuntival.

PALAVRAS-CHAVE: Cancro, Cancro ocular, Tumor ocular, Cabo Verde.

ABSTRACT

Cancer is a major cause of morbidity and mortality worldwide. Eye cancer, which characterizes a group of relatively rare diseases that can occur in any part of the eye. On the African continent, however, eye cancer is considered to be one of the most common eye diseases and also a major cause of morbidity and mortality on the continent. The choice of the topic eye cancer for this research was due both to the interest in this issue still little explored, as well as the need to understand the impact that eye cancer currently has in the country. The present work not only describes and analyzes the strategies used by ophthalmologists in promoting adherence to prevention and early diagnosis of cancer and eye tumors, but also identifies, as much as possible, the frequency of eye cancer in Cape Verdean reality. To this end, several research methods were applied, interviews with practicing ophthalmologist, literature review and analysis of available data. The research proved challenging at first, if only for the absence in the country of a defined culture of data processing and archivology. Even so, it is important for the area of Eye Health in Cape Verde, so this path is undertaken, aware of the lack of studies on this subject in the country. The results showed that there were cases of ocular tumors diagnosed in the country however, it is not possible characterize these tumors. In other African countries, there are reports of both benign and malignant eye tumors, with a higher incidence in malignancies such as retinoblastoma and, the most recurrent, conjunctival squamous carcinoma.

KEYWORD: Cancer, Ocular cancer, Eye tumor, Cape Verde.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	12
PROBLEMÁTICA E JUSTIFICATIVA	14
OBJETIVOS.....	16
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
1.1. Conceito de cancro.....	18
1.2. Causas e tipos de cancro	19
1.3. Processo de carcinogénese	20
1.4. Cancro ocular.....	22
1.4.1. Tipos do cancro/tumores oculares	22
1.4.1.1. Tumores oculares benignos.....	22
1.4.1.2. Tumores malignos intraoculares e de superfície ocular.....	26
1.5. Epidemiologia do cancro e tumores oculares em África	37
1.6. Estado da Arte em Cabo Verde	39
1.7. O papel do Ortoptista na prevenção e deteção	40
CAPÍTULO II – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO	41
2. METODOLOGIA.....	42
2.1. Estudo em Cabo Verde	42
2.1.1. Tipos de pesquisa.....	42
2.1.2. Instrumento de recolha de dados	43
2.1.3. Campo Empírico.....	44
2.1.4. População Alvo	44
2.2. Estudo na região africana:	45
2.2.1. Tipo de pesquisa	45
2.2.2. Instrumento de recolha de dados	45
2.2.3. Campo Empírico.....	46
CAPÍTULO III – RESULTADOS DA ENTREVISTA NO PAÍS E DO CANCRO OCULAR NAS REGIÕES AFRICANAS	47
3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	48
3.1. Cancro e Tumores oculares diagnosticados em Cabo Verde	48
3.2. Dados das Entrevistas aos Oftalmologistas.....	50
3.3. Frequência do Cancro e Tumores Oculares na região africana	52

CAPÍTULO IV- DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
4. DISCUSSÃO DA INVESTIGAÇÃO	55
4.1. Cancro ocular em Cabo Verde	55
4.2. Cancro ocular na região africana	57
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
8. ANEXOS.....	69

ÍNDICE DE GRÁFICO

Gráfico 1: Diagnóstico de utentes com tumores oculares do HBS.....	50
--	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Atuação das ERO nas várias fases do processo de carcinogénico.....	21
Figura 2: Lesão do papiloma escamoso conjuntival.	23
Figura 3: Biomicroscopia do aspeto do MAP.	24
Figura 4: CIN grave da conjuntiva bulbar.	26
Figura 5: Apresentação do aspeto do Rb dependendo do estágio.	27
Figura 6: Retinografia da MC com a lesão de cor acinzentada.	29
Figura 7: Tumor metastático de coróide.	31
Figura 8: Aspeto do CEC, pré e pós-operatório.	32
Figura 9: As etapas do CEC.	33
Figura 10: Diferentes aspetos de MMC.	34
Figura 11: Aspeto do CBCP.	36
Figura 12: Frequência dos tumores oculares em Kano.	53

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Principais diferenças entre tumores benignos e malignos.	20
Tabela 2: Diagnósticos dos utentes.	49

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CANSA - Cancer Association of South Africa;
CBCP – Carcinoma Basocelular da pálpebra;
CEC – Carcinoma Epidermóide ou de células escamosas da Conjuntiva;
CMM – Cirurgia micrográfica de Mohs;
ERO - Espécies reativas de oxigénio;
HAN – Hospital Agostinho Neto;
HBS – Hospital Batista de Sousa;
INCA – Instituto Nacional de Câncer;
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social;
MAP - Melanose adquirida primária;
MC – Melanoma da coróide;
MMC – Melanoma maligna da conjuntiva;
MO - Metástases oculares;
NIC – Neoplasia Intraepitelial Córneo-Conjuntiva;
OMS - Organização Mundial da Saúde;
OSSN – Neoplasia escamosa da superfície ocular;
PNDS - Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário;
Rb – Retinoblastoma.
SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida;
VIH – Vírus Imunodeficiência Humana;
VPH – Vírus Papiloma Humana.

INTRODUÇÃO

Este trabalho debruça-se sobre as doenças oncológicas oculares, com incidência em Cabo Verde e no continente africano. A escolha da temática cancro ocular para a realização do trabalho deveu-se tanto ao interesse por este tópico, ainda pouco explorado, como também à necessidade de ter uma noção do impacto que o cancro ocular tem atualmente no país.

A tarefa proposta de pesquisa da frequência, caracterização e etiologia das doenças oncológicas oculares neste país-arquipelágico, e no continente que pertence mostrou-se, à partida, desafiante, quanto mais não seja pela ausência no país de uma cultura definida de tratamento de dados e arquivologia. Ainda assim, o tema evidencia-se importante para a área da Saúde Ocular em Cabo Verde, pelo que se empreendeu por este caminho, ciente da carência de estudos sobre esta temática no país.

Reforça a necessidade de aprofundar o tema, o facto de dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), de 2018, indicarem que atualmente o cancro é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade à nível mundial.

No caso do cancro ocular, apesar de raro, caracteriza-se como uma das doenças que afetam as estruturas do olho (Neto, 2018), podendo ter origem no globo ocular ou na metástase de cancros com origem neoplásica em outros órgãos do corpo (Cohen, 2013).

O cancro ocular foi relatado como uma das causas mais comuns das doenças oculares diagnosticadas em África, tendo um peso significativo nas causas de morbilidade e mortalidade no continente (Umar *et al*, 2012).

Verificando as dificuldades iniciais, traça-se como objetivo geral caracterizar a etiologia de cancros e tumores oculares diagnosticados em Cabo Verde, elaborar uma revisão bibliográfica sobre o cancro e tumores oculares na região africana e o analisar o trabalho da temática em Cabo Verde.

Do ponto de vista dos procedimentos metodológicos, a pesquisa envereda pelo caminho de cruzar os (poucos e acessíveis) dados recolhidos nas consultas documentais e bibliográficas com as entrevistas com os oftalmologistas praticantes que se mostraram disponíveis a colaborar com o trabalho.

O presente trabalho está organizado em quatro capítulos, além desta introdução e das considerações finais. No primeiro capítulo será apresentado o enquadramento

teórico do tema, onde serão desenvolvidos os diferentes aspetos da etiologia do cancro e tumores em geral assim como, a de cancro e tumores oculares. No capítulo, serão também descritos em maior extensão os tipos de tumores oculares mais frequentes e comuns, incluindo os tumores benignos oculares e os tumores malignos: intraoculares e de superfície oculares.

O segundo capítulo aborda a metodologia da investigação, descrevendo os passos, protocolos e critérios abrangidos na execução do trabalho. No terceiro capítulo encontram-se descritos os resultados do estudo e inclui tanto as entrevistas feitas no país, nomeadamente, nas ilhas de Santiago e São Vicente, como uma breve revisão da bibliografia do cancro e tumores oculares observados noutros países africanos.

Finalmente, no quarto capítulo, faz-se a discussão da investigação, enquadrando os dados obtidos no país e as conclusões dos estudos realizados, e nos outros países africanos.

Por fim, o trabalho é concluído nas considerações finais, onde estão expressas as observações cimentadas dos estudos e algumas sugestões que, possivelmente, poderão, no futuro, melhorar o estado da arte em Cabo Verde.

Este trabalho seguiu as normas de formação utilizadas nos trabalhos científicos disponibilizada pela Universidade do Mindelo e respeita o novo acordo ortográfico.

PROBLEMÁTICA E JUSTIFICATIVA

O interesse no trabalho baseia-se na curiosidade de conhecer mais sobre o assunto e o enquadramento da temática no país. Enquanto ortoptista, cujo foco situa-se nos cuidados primários de saúde, há um interesse no tema, pois conhecendo melhor a situação do cancro ocular no país, mais preparada está-se para informar a população como atua, no intuito de promover a saúde e de prevenir a doença.

Este tema pretende ser um contributo para o desenvolvimento da importância dos cuidados que se deve ter na área da Saúde Ocular em Cabo Verde, mais especificamente, em casos de doenças oncológicas oculares no país, incluindo tanto cancros como tumores, visto que há uma carência de estudos sobre este tema, tratando-se ainda de uma área muito pouco explorada em Cabo Verde.

Tendo em conta a carência de registo e de estudos de cancro ocular em Cabo Verde, foi necessário realizar uma revisão bibliográfica na região africana. Contudo, na busca de mais informação, houve a necessidade de realizar uma entrevista com os oftalmologistas praticantes em Cabo Verde, com o intuito de conhecer qual a situação do cancro ocular enquadra na realidade cabo-verdiana.

Em geral, o cancro representa um quadro clínico de difícil prognóstico e resolução. Segundo um relatório do Ministério da Saúde, publicado em 2015, o cancro continua a ser a segunda causa de morte no país, totalizando 379 óbitos. A maior incidência foi observada nos homens, grupo no qual se constatou que os cancros com maior frequência têm origem no aparelho digestivo (esófago, estômago, fígado e cólon) com uma taxa de incidência de 13,5%, seguidos do cancro da próstata com uma taxa de incidência de 11,9%. O mesmo relatório afirma, contudo, que ainda não existem registos fiáveis e centralizados em termos de morbilidade por cancro no território nacional (Ministério da Saúde, 2015).

Esta carência de registos reflete-se também na inexistência de dados relacionados ao cancro ocular no país, o que foi constatado durante a realização do presente trabalho. Pode-se dizer então que esta falta de informação e de dados estatísticos constitui um grande obstáculo não só para a pesquisa nesta área, mas também para o próprio Ministério da Saúde e para a sociedade cabo-verdiana, que deste modo carecem dos devidos protocolos e “*guidelines*” para a análise, prevenção e o cuidado de utentes.

Para além disso, a ausência deste tipo de protocolos reflete-se na total inexistência de campanhas sistemáticas de sensibilização ou conhecimento do problema ficando a população ignorante dos sinais e formas de deteção para um diagnóstico precoce destas doenças oncológicas.

Em consequência desta penúria de dados, torna-se impossível referenciar na presente justificativa o estado da arte no país, porém este mesmo fator torna-se determinante para a realização deste trabalho, dado o carácter urgente da implementação de políticas de rastreio e estudos de doenças neoplásicas oculares na população cabo-verdiana.

OBJETIVOS

O presente trabalho tem como objetivo geral caracterizar a etiologia de cânceros e tumores oculares diagnosticados em Cabo Verde, elaborar uma revisão bibliográfica sobre o cancro e tumores oculares na região africana e o enquadramento da temática em Cabo Verde.

Como objetivos específicos, o trabalho visa:

- ✓ Elaborar um questionário no intuito de enquadrar o tema perante a realidade de Cabo Verde;
- ✓ Identificar as dificuldades da existência de dados relativos aos cânceros e tumores oculares na sociedade cabo-verdiana;
- ✓ Descrever as estratégias utilizadas pelos oftalmologistas na promoção da adesão à prevenção precoce do cancro e tumores oculares;
- ✓ Trabalhar o tema juntamente com oftalmologistas praticantes em Cabo Verde na forma de entrevistas exploratórias;
- ✓ Analisar os resultados dos dados adquiridos nas entrevistas acima referidas;
- ✓ Identificar, se possível, a frequência do cancro ocular na realidade cabo-verdiana.

Sendo assim foi delineada como pergunta de partida: **Como é que os oftalmologistas praticantes em Cabo Verde lidam com este quadro clínico de cânceros e tumores oculares na população e qual é a frequência desses casos?**

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Nesta fase permite-se fazer uma revisão bibliográfica sobre o cancro e tumores oculares e também identificar os conceitos chave para realizar o trabalho em estudo, de modo a poder compreender o tema em questão.

1.1. Conceito de cancro

Segundo Matias (2016) o cancro não é uma doença nova, facto evidenciado pela deteção de manifestações da doença em múmias egípcias, comprovando que já comprometia o homem há mais de 3 mil anos. Dito isto, o mesmo autor pontualiza que o cancro é “o termo usado para doenças em que as células se dividem anormalmente sem controlo e são capazes de invadir outros tecidos. As células do cancro podem propagar-se para outras partes do corpo através do sistema sanguíneo e linfático” (Matias, 2016, p.18).

Cancro e neoplasia são termos comuns usados como referência para doenças invasivas nas quais ocorre descontrolo do ciclo celular. O Cancro tem origem na palavra grega *karkínos*, que significa caranguejo, cujas projeções se assemelhavam, segundo Hipócrates, ao crescimento desta doença. A neoplasia, por sua vez, deriva dos termos *neo*, que significa novo, e *plasia*, que significa crescimento, implicando, por isso, um novo crescimento (Matias, 2016, p.18).

A neoplasia ou tumor define-se como uma massa anormal de tecido cujo crescimento excede, e não está coordenado, ao crescimento dos tecidos normais. Este crescimento persiste, da mesma forma excessiva, após a cessação dos estímulos que despertaram a alteração ou seja, a neoplasia resulta da perda de resposta aos mecanismos que controlam o crescimento normal (Amaral, 2013, p.10).

Atualmente, cancro é um termo genérico para um grande grupo de doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que tendem a invadir tecidos e órgãos vizinhos podendo espalhar para outros órgãos, referindo-se neste caso a uma metástase (OMS, 2018).

1.2. Causas e tipos de cancro

A anormalidade principal que resulta no desenvolvimento do cancro é a contínua proliferação desregulada de células cancerígenas. Em vez de responder adequadamente aos sinais que controla o comportamento celular normal, as células cancerígenas crescem e dividem de uma maneira descontrolada, invadindo tecidos e órgãos normais e, casualmente, espalhando-se por todo o corpo.

A perda generalizada de controlo do crescimento exibida pelas células cancerígenas é o resultado da acumulação de anormalidade nos sistemas reguladores de múltiplas células e reflete-se em vários aspetos do comportamento celular que distingue as células cancerígenas de suas contrapartes normais (Cooper, 2000).

O cancro pode originar-se da proliferação anormal de qualquer um dos diferentes tipos de células do corpo, o que pode alterar substancialmente o seu comportamento e resposta ao tratamento. O mais importante na patologia do cancro é a distinção entre tumores benignos e malignos (Cooper, 2000; INCA, 2011, p. 19).

O tumor é uma proliferação anormal de células, que pode ser benigno ou malignos.

No caso do tumor benigno, este comporta-se como uma verruga comum na pele, permanecendo limitado à sua localização original, não invadindo o tecido normal circundante nem se espalhando para outros órgãos do corpo. Entretanto, o tumor maligno é capaz de invadir o tecido normal circundante e, por sua vez, espalha-se por todo o corpo através dos sistemas circulatório ou linfático (metástase), e por esta razão, somente os tumores malignos são referidos como cancros, pois, têm a capacidade de invadir e metastizar de uma forma perigosa ou agressiva (Cooper, 2000; INCA, 2011, p. 19; Marques, 2014).

No quadro abaixo, estão apresentadas as principais diferenças entre os tumores benignos e malignos.

Tabela 1: Principais diferenças entre tumores benignos e malignos¹.

Tumor benigno	Tumor maligno
Formado por células bem diferenciadas (semelhantes às do tecido normal); estrutura típica do tecido de origem	Formado por células anaplásicas (diferentes das do tecido normal); atípico; falta diferenciação
Crescimento progressivo; pode regredir; mitoses normais e raras	Crescimento rápido; mitoses anormais e numerosas
Massa bem delimitada, expansiva; não invade nem infiltra tecidos adjacentes	Massa pouco delimitada, localmente invasivo; infiltra tecidos adjacentes
Não ocorre metástase	Metástase frequentemente presente

Os tumores benignos e malignos são ambos classificados de acordo com o tipo de célula do qual eles se originam. A maioria dos cânceros enquadra-se em um dos três principais grupos: carcinomas, sarcomas e leucemias ou linfomas.

Os carcinomas, que incluem aproximadamente 90% dos cânceros humanos, são malignidades de células epiteliais. Os sarcomas, por outro lado, são raros em humanos e são tumores sólidos de tecidos conjuntivos, tais como músculo, osso, cartilagem e tecido fibroso. E por fim, leucemias ou linfomas, que representam aproximadamente 8% das malignidades humanas, surgem as células formadoras de sangue e das células do sistema imunológico (Cooper, 2000).

1.3. Processo de carcinogénese

O desenvolvimento do cancro é um processo de várias etapas no qual as células gradualmente se tornam malignas através de uma série progressiva de alterações.

Além disso, o desenvolvimento de cancro, a nível celular, é notado como um processo de múltiplas etapas envolvendo a mutação e seleção de células com progressiva e aumentada capacidade de proliferação, sobrevivência, invasão e metástase (Cooper, 2000).

¹ Fonte: Instituto Nacional de Câncer (INCA), 2011.

De acordo com os estudos Cooper (2000) e Valente (2014) o processo de carcinogênese desenvolve-se por etapas, que são:

- A iniciação do tumor, que, sendo a primeira etapa do processo, resulta de uma alteração genética que leva à proliferação anormal de uma única célula. Esta proliferação celular leva ao crescimento de uma população de células tumorais derivadas de clones;
- Depois, a progressão do tumor continua à medida que mutações adicionais ocorrem dentro das células da população tumoral. Algumas dessas mutações conferem uma vantagem seletiva à célula, como um crescimento mais rápido, podendo os descendentes de uma célula portadora da mutação, conseqüentemente, tornarem-se dominantes dentro da população tumoral;
- Por fim, ocorre o processo chamado de seleção clonal, uma vez que um novo clone de células tumorais evolui com base na sua maior taxa de crescimento ou outras propriedades (como sobrevivência, invasão ou metástase) que conferem uma vantagem seletiva. A seleção clonal continua durante todo o desenvolvimento do tumor, de modo que os tumores se tornam sempre mais rápidos e crescentemente malignos.

O mesmo autor refere que “os diversos tipos de cancro têm a sua etiologia marcada por elevados níveis de lesões oxidativas justificadas pela presença de espécies reativas de oxigénio (ERO), sendo exemplo, os cancros da mama, gástrico, do cólon, do ovário, renal, da pele, da tireoide e do pulmão” (Valente, 2014, p.55).

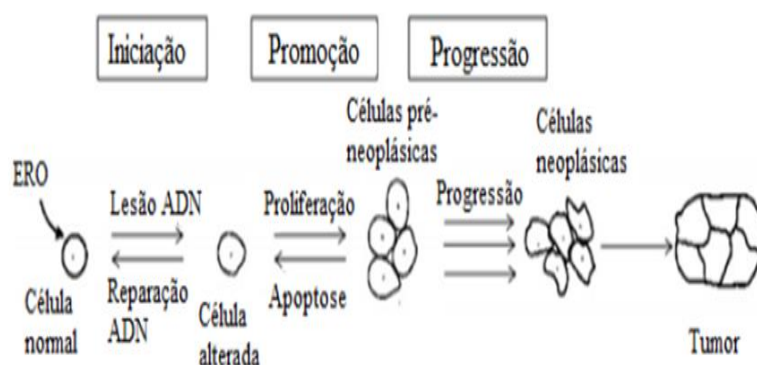


Figura 1: Atuação das ERO nas várias fases do processo de carcinogénico².

² Fonte: Valente, 2014, p.54.

1.4. Cancro ocular

O olho humano é um órgão muito complexo, sendo constituído por várias estruturas que funcionam em conjunto, estruturas essas que se encontram dentro e em redor do globo ocular (Rodrigues, 2016).

O termo cancro ocular, por sua vez, caracteriza um grupo de doenças relativamente raras, que podem surgir em qualquer parte dos olhos, afetando tanto crianças (mesmo nos primeiros meses de vida), como adultos (Neto, 2018; Sousa, 2016). Adicionalmente, por terem um maior fornecimento vascular através da via hematogénica, as estruturas oculares têm maior probabilidade de serem afetadas por metástases originadas de tumores iniciados em outros órgãos (Cohen, 2013).

Considerando a sua origem, os tumores oculares podem então ser intraoculares primários, se iniciarem no globo ocular ou, secundários, se forem afetações de metástases de cancros com origem em outros órgãos (Cansa, 2017).

1.4.1. Tipos do cancro/tumores oculares

1.4.1.1. Tumores oculares benignos

➤ *Papiloma escamoso conjuntival*

De acordo com Molinari *et al* (2015) o papiloma conjuntival é considerado como um tumor benigno do epitélio escamoso estratificado da conjuntiva, encontrado mais frequente em homens entre 20 e 39 anos de idade. O tumor consiste em tecido fibrovascular, localizado na conjuntiva medial e inferior, com crescimento exofítico, invertido ou misto (Molinari *et al*, 2015).

O papiloma conjuntival não tem causa conhecida, mas tem sido fortemente associado à infeção pelo vírus do papiloma humano (VPH). A doença foi também associada a outros fatores, como à exposição a radiações ultravioleta, à imunodeficiência e ao tabagismo (Sjo *et al*, 2007).

O papiloma pode ser unilateral ou bilateral porém a maioria das lesões é assintomática não apresentando conjuntivite associada. Normalmente encontra-se localizado no fornix inferior da conjuntiva mas pode também surgir na zona do limbo,

carúncula e pálpebra. Apresenta um aparência vermelhada, carnuda e pediculada com superfície irregular (Dawodu& Okeigbemen, 2016).

O diagnóstico pode ser feito através de exame biomicroscópico e biópsia excisional e o tratamento indicado é a cirurgia caso, a lesão esteja causando sintomas significativos (por motivo cosmético, aparecimento de novas lesões ou não regrediram) (Molinari *et al*, 2015; Dawodu& Okeigbemen, 2016).



Figura 2: Lesão do papiloma escamoso conjuntival³.

A seta aponta para a lesão do papiloma conjuntival, caracterizada pelo crescimento papilar exofítico (Sjo *et al*, 2007).

➤ ***Melanose adquirida primária***

A melanose adquirida primária (MAP) é uma lesão unilateral, plana, difusa na conjuntiva bulbar e tarsal, uma pigmentação amarronzada. A maioria dos utentes que apresentam este tumor é caucasiana, meia-idade e, mais frequentemente, do sexo feminino (Oliveira *et al*, 2009).

O termo “melanose” indica que o pigmento encontrado é derivado especificamente da produção de melanina, enquanto o termo “adquirida” distingue estas lesões das congénitas. A expressão “primária”, por sua vez, caracteriza as lesões que não são decorrentes de processos generalizados de pigmentação, como doenças

³ Fonte: Sjo *et al*, 2007

sistêmicas (por exemplo, doença de Addison), ou secundário a fatores locais tais como a presença de corpo estranho, trauma, inflamação, ou uso de medicação tópica como epinefrina (Novais & Karp, 2012).

O aspeto clínico da MAP pode modificar-se, na área de pigmentação, podendo diminuir de tamanho, permanecer estável ou exibir crescimento. A coloração muda quando está localizada próxima ao limbo havendo uma diminuição da mesma. Caso o utente apresente alteração da lesão, com o surgimento de um ou mais nódulos, deve ser considerado um risco de progressão para melanoma da conjuntiva.

Histologicamente, a MAP é identificada em dois tipos: MAP sem atipia, proliferação benigna de melanócitos normais restrita à camada basal da conjuntiva; e MAP com atipia, condição pré-maligna no qual há aumento no número de melanócitos grandes, conseguindo envolver todas as camadas da conjuntiva (Tanure *et al*, 2012).

A MAP deve ser diferenciada de outras lesões pigmentadas, tais como, os nevos juncionais, melanose racial benigna, melanose ocular ou oculodermal congénita, causas de pigmentação sistémica, depósitos de maquiagem e de drogas tópicas (Novais & Karp, 2012).

O diagnóstico baseia-se na biomicroscopia, fundoscopia e tonometria de aplanção, e o tratamento é a cirurgia (biopsia excisional da conjuntiva) (Tanure *et al*, 2012).

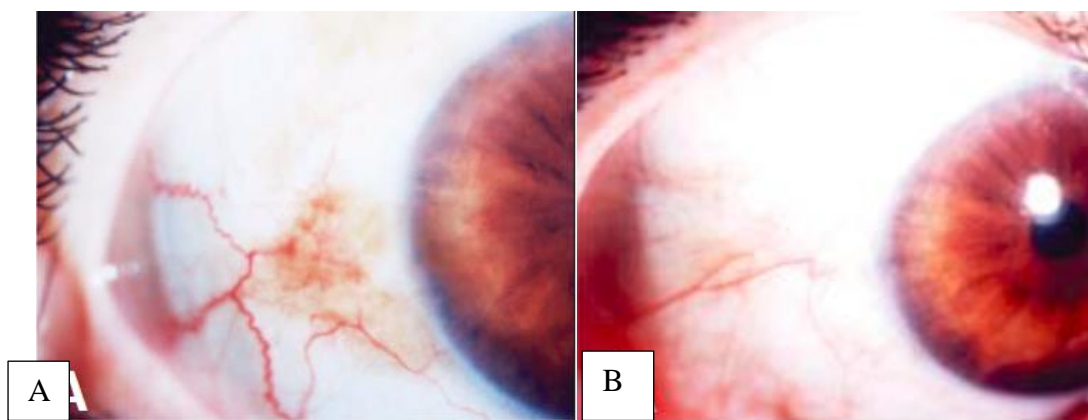


Figura 3: Biomicroscopia do aspeto do MAP⁴.

⁴ Fonte: Tanure *et al*, 2012

A imagem A, mostra o MAP na conjuntiva bulbar temporal e superior com infiltração melanocítica, e no B o pós-operatório, a conjuntiva bulbar livre de pigmentação (Tanure *et al*, 2012).

➤ ***Neoplasia intraepitelial conjuntival***

A neoplasia intraepitelial conjuntival (NIC) é o tumor mais comum da superfície ocular. Esta doença benigna do epitélio da superfície ocular, apresenta baixo potencial de malignidade sendo, contudo, de difícil diagnóstico e de tratamento. A NIC compreende duas entidades: a displasia escamosa, em que as células atípicas atingem somente parte do epitélio de superfície, e o carcinoma *in situ*, no qual as células atípicas atingem toda a espessura do epitélio, poupando a membrana basal (Santos *et al*, 2004).

A doença é também caracterizada pela variação em graus de displasia: grau I- displasia leve, grau II- displasia moderada, de acordo com extensão vertical de envolvimento do epitélio, e o grau III- displasia severa apresentada pela carcinoma *in situ* (Campos *et al*, 2016).

A classificação dessas neoplasias é feita de acordo com a sua localização em relação à membrana basal epitelial. Estes tumores são divididos em neoplasia intraepitelial conjuntival e/ou corneal (NIC), quando estão confinados ao epitélio, e em carcinoma espinocelular ou de células escamosas invasivas (CEC), quando há invasão da membrana basal epitelial e da substância própria (Figueirêdo & Figueirêdo, 2006).

Os sintomas apresentados pela NIC são a sensação de corpo estranho, irritação ocular, hiperemia conjuntival e crescimento de lesões papilares gelatinosas ou leucodisplásicas com aspeto carnudo, seguidas por vasos nutritores na região límbica (Pereira, 2010).

A etiologia de NIC pode ser multifatorial, sendo os fatores mais importantes, a predominância em indivíduos masculinos, tanto caucasianos como africanos, a idade avançada, a exposição à radiação ultravioleta, a presença de infecção pelo VPH, a exposição aos derivados do petróleo e ao fumo de tabaco e a infecção pelo VIH (Gichuhi *et al*, 2013).

O tratamento da NIC consiste em biópsia excisional na tentativa de reduzir as recidivas tumorais. Os efeitos colaterais do tratamento mais observados são hiperemia

leve, alergia ocular, lacrimejamento, fotofobia e dor ocular. Em casos avançados, pode ser necessário enucleação ou exenteração. O seguimento deve ser criterioso, fazendo pelo menos um acompanhamento anual já que são lesões frequentes, potencialmente graves e com possibilidade de recidiva (Campos *et al*, 2016).



Figura 4: CIN grave da conjuntiva bulbar⁵.

1.4.1.2. Tumores malignos intraoculares e de superfície ocular

➤ Retinoblastoma

O retinoblastoma (Rb) é um tumor intraocular primário mais comum na infância (Erwenne *et al*, 2003). Está caracterizado como um tumor maligno da retina, que normalmente afeta crianças entre o nascimento e os 5 anos de idade, sendo proveniente da retina embrionária (Selistre, 2013).

Tem origem neuroectodérmica, apresentando-se em sua forma hereditária em alguns casos, com herança autossômica dominante, ligada à mutação do cromossoma 13 (Melo *et al*, 2008).

Os sintomas que o Rb apresenta dependem do estágio da doença, da localização intraocular e do tamanho da lesão tumoral. O sinal mais frequente é a leucocoria (ou pupila branca que é um reflexo branco amarelado no olho por alteração da refração da

⁵ Fonte: <http://www.jcabral.pt/JC/JC/GOOO/05Onc/2Con/05Onc2ConCIN.html>.

luz na retina) e outros fatores, como o estrabismo, irritação ocular, alteração visual, dores de cabeça e vômitos (Selistre, 2013).

O diagnóstico é apoiado na história clínica e familiar, exame físico, exames histológicos e imagiológicos. A confirmação do diagnóstico é normalmente feita através da oftalmoscopia indireta e de outros exames complementares de imagem, tais como, a ressonância magnética, a ecografia e a tomografia computadorizada, podendo ser pedido o diagnóstico diferencial (Lukamba *et al*, 2018).

No diagnóstico diferencial pode mencionar: a Doença de Coats, toxoplasmose ocular, toxocaríase ocular (granuloma), persistência de vítreo fetal (ou primário hiperplásico), retinopatia da prematuridade, atrofia ocular, seqüela de uveíte, catarata congênita (Selistre, 2013).

O tratamento do Rb adequado varia do tamanho e o estágio que se encontra o tumor, além da presença de sementeira vítrea, da idade da criança, do estadiamento ocular e sistêmico e do potencial visual (Selistre, 2013; Pinto *et al*, 2013).

As escolhas de tratamento atuais incluem a enucleação, quimioterapia, radioterapia, crioterapia e fotocoagulação. Após o tratamento deve-se realizar um seguimento regular para a detecção precoce de aparecimento de um novo tumor intraocular (Pinto *et al*, 2013).

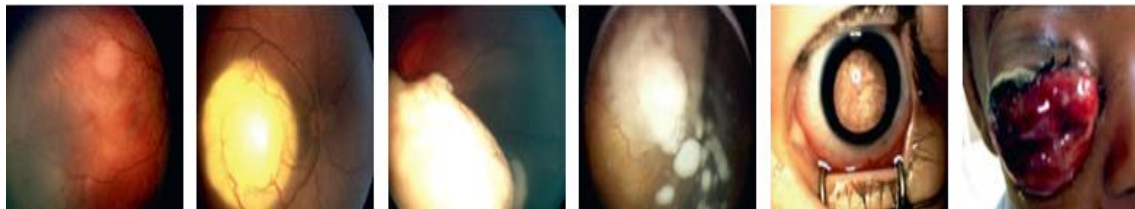


Figura 5: Apresentação do aspeto do Rb dependendo do estágio⁶.

A imagem apresenta a progressão do Rb de pequenos tumores intra-retinianas que podem ser curados por tratamento a laser e crioterapia para Rb orbital maciço e provavelmente pode-se estender para o cérebro (Dimaras *et al*, 2012).

⁶ Fonte: Dimaras *et al*, 2012

➤ **Melanoma de coróide**

O melanoma de coróide (MC) é um tumor primário intraocular que ocorre com mais frequência em adultos, principalmente na faixa etária dos 60 anos, sendo considerado um tumor raro (Arcieri *et al*, 2002; Lopes, 2015).

Apresenta sintomas como baixa visão, metamorfopsia, perda de campo visual, fotofobia e em casos raros, dor ocular. Noutros casos pode ser assintomático, sendo detetado durante um exame de rotina. Pode causar metástases no fígado, cérebro ou pulmões, por isso, deve-se realizar exames para descartar essa possibilidade (Cunha *et al*, 2010).

Os fatores desta doença ainda não estão totalmente estabelecidos no entanto, podem estar relacionados com o doente (raça caucasiana, cor de olhos clara, existência de nevos na coróideia e sardas, história familiar, melanocitose ocular congénita, síndrome de nevos displásico, xeroderma pigmentosa) e com fatores ambientais tais como a exposição à radiação ultravioleta ou exposição à radiação visível ocupacional (Lopes, 2015).

Os MC localizam-se normalmente nas regiões maculares e periferia retiniana próxima e caracterizam-se por serem tumores largos, pigmentados, ovalados, elevados, e de coloração castanha escuro ou preto, porém, alguns deles podem ser amelanóticos. O crescimento tumoral causa ruturas da membrana de Bruch e de coróide, acumulação de pigmentos de lipofuscina no epitélio pigmentado da retina, exsudações lipoproteínas e hemorragias vítreas, e quando no estágio mais avançado poderá ocorrer descolamento exsudativo de retina, glaucoma secundário, catarata e uveíte.

Além disso, é importante saber que, com a rutura da Membrana de Bruch, deixa de haver mais barreira para o respetivo crescimento do tumor, cuja aparência se assemelhará a um cogumelo (Ramos *et al*, 2002).

O diagnóstico é feito na história clínica do indivíduo, exame oftalmológico e exames auxiliares como a ultrassonografia, a biomicroscopia, a retinografia, a angiografia fluoresceínica, a oftalmoscopia indireta, a fundoscopia sob midríase e a ecografia de modo B (Coutinho *et al*, 2017).

O diagnóstico diferencial de MC faz-se tanto quando há apresentação de patologias benignas como malignas, tais como, o nevus da coróideia, hemangioma da coróideia, melanocitoma, metástases da coróideia, hiperplasia congénita do epitélio

pigmentado da retina e hematoma supra-coroideia. O tratamento adequado varia do tamanho e o estágio que se encontra o tumor, e tendo em conta a melhoria da visão e a condição de vida do indivíduo, e também terapêuticas para diferentes situações: observação periódica, fotocoagulação, radioterapia, braquiterapia (utiliza placas de radioativas), ressecção cirúrgica localizada, enucleação (remoção do olho) e exenteração (Cunha *et al*, 2010).

O prognóstico depende do diagnóstico precoce, a dimensão e localização do tumor, extensão extra-escleral, fatores citogenéticos, e outros fatores que ainda estão em estudo (Coutinho *et al*, 2017).



Figura 6: Retinografia da MC com a lesão de cor acinzentada⁷.

⁷ <https://www.iorj.med.br/tumores-oculares/>

➤ *Metástases oculares*

Os tumores metastáticos intraoculares são considerados raros, sendo o melanoma uveal (coróide), o tumor intraocular mais frequente.

Através da via hematogénica, as células neoplásicas alcançam as estruturas oculares e comumente se instalam no trato uveal, que é a túnica vascular do olho, porém, a localização mais afetada é o coróide (Lucena & Herchenhorn, 2013). No entanto, pode também afetar outras partes do olho, como a retina, disco ótico, humor vítreo e conjuntiva, contudo, isso geralmente ocorre quando já existe envolvimento do trato uveal (Cohen, 2013).

A maioria dos tumores metastáticos que acometem as estruturas oculares origina-se de câncros e/ou carcinoma (adenocarcinoma da mama na mulher e adenocarcinoma do pulmão no homem), mas também podem provir de sarcomas e melanomas (Meyer, 2011).

Os sintomas variam de acordo com a localização do tumor, porém, a visão borrada, mosca volantes e fotopsias são os sinais mais importantes. Podem estar relacionados tanto à presença do tumor como ao descolamento exsudativo da retina provocado pelo tumor. Outros sintomas que podem estar ligados às lesões metastáticas do corpo ciliar ou íris e podem levar a comprometimento do eixo visual com obscuridade da visão (Lucena & Herchenhorn, 2013).

O diagnóstico para estes câncros metastáticos é realizado através de uma boa anamnese, dando destaque à história prévia de câncer, e de um exame oftalmológico cuidadoso tanto na biomicroscopia quanto à oftalmoscopia sob midríase (Lucena & Herchenhorn, 2013). Devem ser realizados também exames complementares, tais como a ultrassonografia ocular, a angiofluoresceinografia, ecografia, tomografia de coerência óptica ou a ressonância magnética e a retinografia (Meyer, 2011).

O tratamento deverá ser decidido sempre por uma equipa multidisciplinar, com oftalmologistas, oncologista clínico e radioterapeuta. Inicialmente, deve ser feita uma avaliação sistémica para determinar quais os órgãos e sistemas estão envolvidos, e o tratamento deve ser direcionado para a patologia de base (Lucena & Herchenhorn, 2013).

Entre as opções de tratamento sistêmico encontram-se a quimioterapia, imunoterapia, radioterapia e em caso mais avançados a cirurgia (enucleação) (Cohen, 2013; Lucena & Herchenhorn, 2013).



Figura 7: Tumor metastático de coróide⁸.

A Retinografia mostra a localização do tumor na região superior ao disco ótico e uma massa nas áreas internas de neovascularização, exsudação moderada, descolamento seroso da retina que se insinua inferiormente (Fonte: Lucena & Herchenhorn, 2013).

➤ ***Carcinoma epidermoide da conjuntiva***

O carcinoma epidermoide da conjuntiva (CEC) pode ser chamado também de carcinoma espinocelular ou de células escamosas da conjuntiva, sendo considerado a neoplasia maligna mais comum da conjuntiva (Tonietto *et al*, 2005; Satto *et al*, 2012). As células neoplásicas são capazes de romperem a membrana basal do epitélio da conjuntiva, invadindo a lâmina própria com capacidade de causar metástases (Campos *et al*, 2016).

A sua etiologia é multifatorial estando associada às irritações ou inflamações crônicas da conjuntiva, à fatores ambientais (poeira, clima seco), às substâncias químicas e deficiências de vitamina A, mas o principal fator de risco é a exposição à luz

⁸ Fonte: Lucena & Herchenhorn, 2013

solar ou à radiação ultravioleta. Outros fatores podem ser importante como a idade avançada, tabagismo, infecção por VPH e VIH (Gichuhi *et al*, 2013).

O CEC pode assemelhar-se ao NIC e, por vezes, não se conseguem diferenciar clinicamente. A sua aparência varia com o grau de diferenciação dos seus componentes celulares, a sua vascularização, a quantidade de inflamação associada e a sua duração. As suas lesões podem ser bem diferenciadas contendo células queratinizadas, podendo crescer muito lentamente e assemelhar-se a um pterígio, ou ter uma aparência leucoplásica. Por outro lado, as lesões menos diferenciadas, com poucas células queratinizadas, podem ter uma aparência gelatinosa ou semitransparente, e ter uma rápida alteração da sua configuração.

Além disso, existem duas variantes, pouco comuns, mas bastante agressivas do CEC que são as carcinomas mucoepidermóide e de células espinhosas.

O diagnóstico é feito após excisão completa da lesão, no entanto, a citologia e a profundidade da invasão límbica do carcinoma pode ser comprovada pela ultrassonografia de alta frequência (Pereira, 2010).

O tratamento mais utilizado é excisão cirúrgica ao microscópio nas pequenas lesões, enquanto os maiores que envolve a órbita podem precisar de exenteração (técnica radical que envolve na remoção de toda a órbita) (Gichuhi & Sagoo, 2016).

O prognóstico é bom e as lesões são, raramente, parcialmente tratadas. O prognóstico é pior em doentes com a variante de células espinhosas ou mucoepidermóide, ou nos imunodeprimidos, particularmente nos utentes com SIDA (Pereira, 2010).

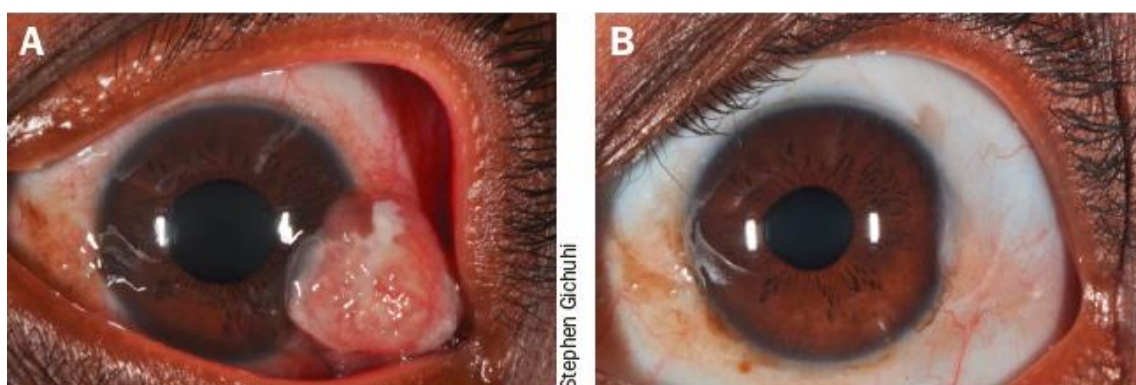


Figura 8: Aspeto do CEC, pré e pós-operatório⁹.

⁹ Fonte: Gichuhi & Sagoo, 2016

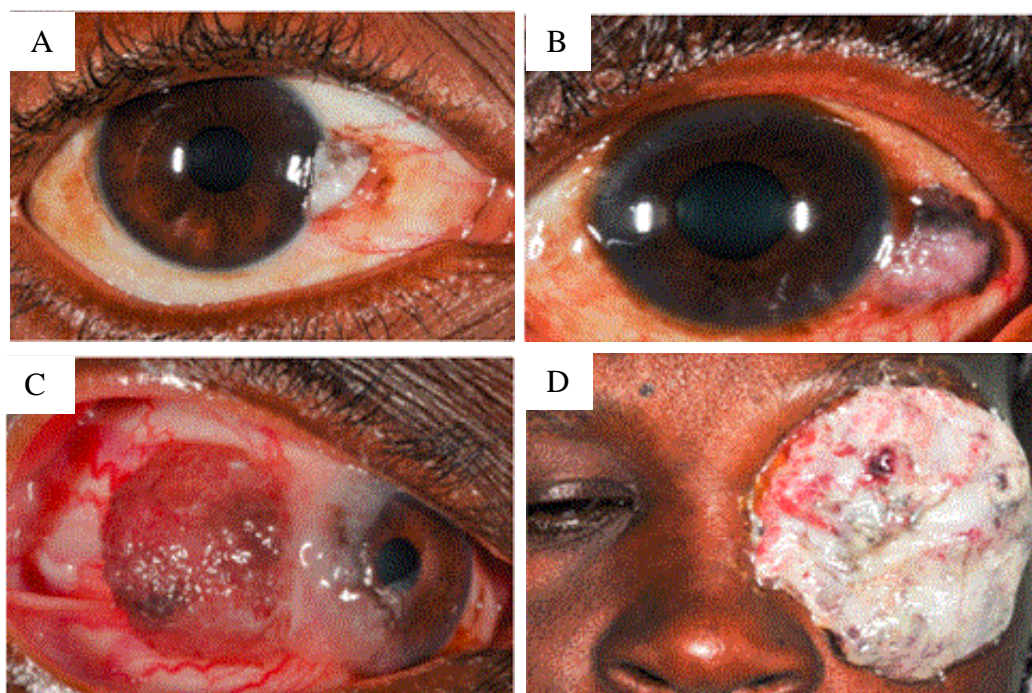


Figura 9: As etapas do CEC¹⁰.

Pode desenvolver: A- lesão pequena com leucoplasia; B - lesão de tamanho médio com pigmentação; C - grande lesão com extensão da córnea, mas não envolvendo os fornices e D - lesão muito grande que se estendeu até a órbita (Gichuhi & Sagoo, 2016).

➤ *Melanoma maligno da conjuntiva*

O melanoma maligno da conjuntiva (MMC) é uma condição rara, que ocorre com menos frequência do que o melanoma da coróide e quando ocorre é extremamente letal.

Pode originar-se a partir de áreas de melanoma com MAP, do melanoma primário sem MAP e do melanoma derivado de um nevus pré-existente, sendo estes muito raro (Nunes *et al*, 2013). Quando o tumor resulta da evolução de uma MAP, a principal suspeita de malignidade reside no aparecimento repentino de um ou mais nódulos noutros planos da lesão.

¹⁰ Fonte: Gichuhi & Sagoo, 2016

O MMC pode acometer a conjuntiva bulbar próximo ao limbo, conjuntiva palpebral, forniceal e na região da carúncula (Rodrigues *et al*, 2016).

Classicamente apresenta-se como uma massa ou uma lesão conjuntival de elevada pigmentação (Rodrigues *et al*, 2016). Em alguns casos pode ter aspeto mais difuso ou múltiplo com bordas mal definidas, particularmente quando associado à MAP. Pode apresentar-se também como uma lesão de pigmentação avermelhada e até mesmo sem pigmentação, dificultando e retardando o seu diagnóstico e tratamento (Novais & Karp, 2012).

Deve ser realizado um diagnóstico diferencial de outras lesões conjuntivais pigmentadas, tais como, os nevus conjuntivais, a extensão epibulbar de melanoma uveais, e também pode ser diferenciado de lesões não melanocíticas como hemorragia subconjuntival, corpo estranho e cistos hemáticos, pterígios, neoplasia intraepitelial, papilomas ou carcinoma de células escamosas (Novais & Karp, 2012).

Por ser um cancro agressivo, o tratamento deve ser a exérese total o mais cedo possível após o diagnóstico. Um mau prognóstico resulta de vários fatores incluindo lesões que atingem a conjuntiva do fórnice ou tarsal, invasão da esclerótica e da órbita e a ausência de inflamação. Após a excisão cirúrgica do melanoma da conjuntiva, é necessário um acompanhamento, inicialmente trimestral, depois semestral, juntamente com a avaliação sistémica (Rodrigues *et al*, 2016).

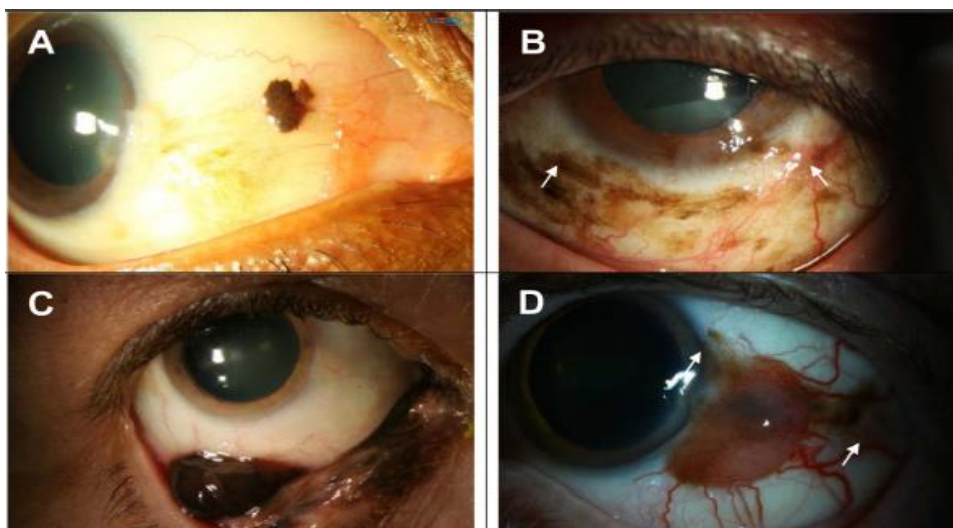


Figura 10: Diferentes aspetos de MMC¹¹.

¹¹ Fonte: Wong *et al*, 2014

A imagem mostra, A - apresentação do MMC; B - lesão discreta, elevada e pigmentada; C - MMC multifocal (setas brancas) no cenário de MAP; D - MMC grande, elevado, amelanótico / levemente pigmentado com MAP circundante (seta branca), conhecido como neoplasia escamosa da superfície ocular (Wong *et al*, 2014).

➤ ***Carcinoma basocelular da pálpebra***

O carcinoma basocelular da pálpebra (CBCP) é o tumor de pele mais comum entre os tumores malignos da pálpebra e ocorre principalmente em idosos (Soares *et al*, 2001). O CBC deriva de células basais da epiderme e do aparelho folicular. É um tumor de alto grau de malignidade, com capacidade de invasão local, destruição tecidual, recorrência e com limitado poder de metastização (Mantese *et al*, 2006).

O principal fator de risco é a exposição à radiação ultravioleta, mas outros fatores podem estar envolvidos como doenças genéticas, fotossensibilidade e padrões de exposição solar, irradiação crônica ou ulceração e VPH. Foi notado também uma maior incidência de CBC em africanos albinos do que em africanos não albinos (Chinem & Miot, 2011; Broetto *et al*, 2012).

A confirmação da hipótese diagnóstica de CBCP dá-se por biopsia ou exérese do tumor (Mantese *et al*, 2006).

Por sua vez, o tratamento depende da idade e condições clínicas do utente, resultado estético, localização anatômica, tamanho e limites do tumor, além do padrão histológico, número de lesões e se o tumor é primário ou recidivado. Este pode consistir em cirurgia excisional, cirurgia micrográfica de Mohs (CMM), administração de fluorouracila, radioterapia, terapia fotodinâmica e criocirurgia (Broetto *et al*, 2012).

O prognóstico do CBCP parece ter melhorado nas últimas décadas, provavelmente, devido ao diagnóstico mais precoce, levando a intervenções cirúrgicas menos sequelantes (Chinem & Miot, 2011).



Figura 11: Aspeto do CBCP¹².

Na imagem a alinha A mostra o aparecimento do CBCP; B- após-cirurgia da CMM e a construção da pálpebra e o C- depois de três meses apos a cirurgia (Shi *et al*, 2017).

¹² Fonte: Shi *et al*, 2017

1.5. Epidemiologia do cancro e tumores oculares em África

O cancro é considerado um problema crescente na África devido ao envelhecimento e crescimento da população, bem como o aumento prevalente de fatores de riscos associados à transição de sistemas de saúde em países em desenvolvimento (incluindo tabagismo, álcool, obesidade, inatividade e a reprodução) e de certos agentes infecciosos com importância da etiologia do cancro (Parkin *et al*, 2014).

De acordo com a OMS (2012) “o cancro em África, numa visão geral, é um termo genérico para um grupo de mais de 100 doenças que podem afetar qualquer parte do corpo e possuem características definidas, nomeadamente a proliferação de células anormais na parte afetada do corpo, a capacidade de estas crescerem para além dos limites habituais e a tendência de invadirem tecidos adjacentes e propagarem-se a órgãos ou tecidos secundários como metástases” (OMS, 2012).

O mesmo documento menciona que o aumento alarmante da incidência do cancro deve-se principalmente às doenças infecciosas, incluindo a pandemia do VIH/SIDA (síndrome da imunodeficiência adquirida), tabagismo, consumo nocivo do álcool, má alimentação, inatividade física, poluição ambiental e um aumento geral da esperança de vida, malária e tuberculose, falta de conscientização, limitação nos recursos humanos e financeiros, uso limitados de vacinas, inadequados registos do cancro, razões culturais (como exame por médicos do sexo oposto) e a pressão de outros problemas de saúde concorrentes (OMS, 2012; Gichuhi *et al*, 2017).

Numa publicação mais recente, a OMS refere que “O VIH/SIDA continua a ser uma das principais preocupações de saúde pública e causa de morte na região africana. E apesar dos grandes progressos na resposta, a epidemia do VIH continua a constituir uma séria ameaça à saúde pública em todas as regiões” (OMS, 2016).

A infeção pelo VIH pode levar à SIDA e a diminuição gradual dos linfócitos, causando subseqüentes infeções e neoplasia e até 70% dos utentes infetados. Podem chegar a desenvolver algumas complicações oculares. Estas complicações oculares podem dificultar muito o quotidiano e a qualidade de vida dos utentes mas se forem tratadas atempadamente, estes podem ter um melhor prognóstico. Muitas das complicações oculares graves estão também associados ao estágio avançados da infeção de imunossupressão do VIH que pode causar deficiência visual grave ou cegueira, se não for detetado e tratado precocemente. Estas complicações podem ter várias manifestações clínicas como: Conjuntivite alérgica, microvasculopatia da retina,

carcinoma conjuntival, retinopatia por VIH, catarata imatura, atrofia óptica bilateral por VIH, herpes Zoster Ophthalmicus, carcinoma de células escamosas conjuntival, uveíte (Martin-Odoom *et al*, 2016).

A infecção pelo VIH é também conhecida como fator de risco para o desenvolvimento do OSSN (neoplasia escamosa da superfície ocular) em vários estudos da região da África subsaariana. O VIH não aumenta apenas o risco de OSSN, mas também influencia a gravidade da doença e seu prognóstico. Embora tenha havido um declínio na incidência de VIH nos últimos anos, houve um aumento na incidência da OSSN na população previamente diagnosticada com VIH, devido à sua relação linear com a pandemia (Rathi *et al*, 2018).

O Retinoblastoma, também conhecido como cancro de retina, é um dos cancros mais comuns que ocorre nas crianças e que se encontra frequentemente em todos os países africanos (Lukamba *et al*, 2018).

1.6. Estado da Arte em Cabo Verde

O cancro é a segunda causa de morte e de evacuações médicas para o exterior no arquipélago. Os fatores de riscos mais comuns podem ser encontrados no ambiente físico ou resultarem de hábitos ou costumes de um determinado ambiente social e cultural. Deve-se realçar fatores como o tabaco, o abuso do álcool, o estilo de vida, hábitos alimentares, sedentarismo, assim como certos comportamentos de risco podem causar infeções e consequentemente ao cancro, mas podem ser prevenidos ou evitados (Ministério da Saúde, 2015).

De acordo com o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS), na Saúde Ocular, a cegueira e a baixa visão constituem um problema da saúde pública pela morbidade e impacto socioeconómico que possui no país. Há várias causas de deficiências visuais em CV, tais como, a catarata, o glaucoma, as opacidades não tracomatosas da córnea, as retinopatias vasculares e o tracoma. A mais frequente das deficiências visuais é a catarata senil logo de seguida do glaucoma de ângulo aberto (PNDS, 2008-2011).

Em relação ao cancro ocular e tumores oculares em Cabo Verde não foi possível encontrar documentos ou artigos que possam mostrar esta situação. Isso representa uma falta ou ausência de literatura e informações sobre a problemática no país.

Contudo, é de extrema importância notar que no relatório estatístico de 2016 do Ministério da Saúde e da Segurança Social mostrou que em Cabo Verde, de 2012 a 2016, houve doentes que foram evacuados para o exterior do serviço de oftalmologia com as causas de evacuação para exterior de doenças do olho e anexos, transtornos da coróide e da retina e de tumores malignos dos olhos.

1.7. O papel do Ortoptista na prevenção e deteção

O ortoptista é o profissional de saúde que assume uma extrema importância na interligação ao oftalmologista, portanto, a sua atuação ao nível dos cuidados de saúde primários poderá ser essencial, na medida em que o diagnóstico oportuno e de forma precoce podem conduzir a uma melhor reabilitação do utente, à melhoria das recidivas ao tratamento e assim permitindo uma melhor qualidade de vida, contribuindo para o seu bem-estar (Ferreira, 2015).

A presença de um ortoptista dentro da equipa multidisciplinar em cada Centro de Saúde do país seria de um enorme importância, pois o seu papel concentraria nos cuidados primários da saúde visual, sendo o responsável na realização de rastreios visuais para a deteção de alterações visuais e se for um caso mais alarmante (por exemplo algum suspeito de cancro ocular) poderia contactar e/ou encaminhar ao oftalmologista da ilha que estiver e, no caso não tiver um presente na ilha, contactar e/ou consultar um oftalmologista de outra ilha, pedindo auxílio para identificar esta alteração.

Os cuidados primários da visão podem ser prestados de diversas formas tais como: educação para a saúde da visão, identificação de sintomas, medição da acuidade visual, aplicação de testes já testados, específicos e rápidos que permitem a deteção das primeiras alterações, diagnóstico e encaminhamento atempado (Ferreira, 2015).

Permite também que a população tenha acesso a rastreios visuais no sentido de conseguir levar informações simples, mas essenciais na promoção da saúde e na prevenção da doença ocular. Esta constitui uma forma de alertar para a Educação da Saúde Visual.

CAPÍTULO II – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

2. METODOLOGIA

O propósito deste capítulo é apresentar a metodologia da investigação em estudo, fazendo a descrição de todo e qualquer processo metodológico utilizado no decorrer do trabalho.

2.1. Estudo em Cabo Verde

2.1.1. Tipos de pesquisa

Na busca de frequência, caracterização e etiologia das doenças oncológicas oculares, este trabalho envereda pela procura de dados estatísticos que possam ajudar a compreensão do fenómeno. O método previsto não é o experimental (hipotético-dedutivo), mas pretende-se partir de dados quantificáveis para uma perspectiva mais interpretativa e construtiva, fazendo assim, um misto entre a investigação quantitativa e a qualitativa (Meirinhos e Osório, 2010).

Entretanto, foram diversas as dificuldades deparadas, tanto na fase de recolha de dados, como durante a pesquisa documental sobre o cancro e tumores oculares.

Na tentativa de reunir os documentos necessários para posterior análise e interpretação do trabalho, foram consultados relatórios da OMS e contactadas, por correio eletrónico, várias instituições pertinentes à análise o estado da saúde geral em Cabo Verde, nomeadamente o Ministério de Saúde, os Hospitais Centrais e o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Foram também contactados e convidados a participar na recolha de informações vários médicos e agentes de saúde.

Tanto as instituições como as pessoas particulares contactadas indicaram que o acesso aos poucos dados, talvez existentes, seria de dificuldade extrema uma vez que seriam expostos em documentos dispersos, cuja consulta não é autorizada, salvo raras exceções, às quais não se aplicam ao trabalho aqui representado. Foi também dada a indicação de que documentos sobre o tema tratado simplesmente não foram redigidos e/ou trabalhados pelas estruturas de interesse.

De forma, então a adquirir um melhor entendimento da problemática e o seu estado em Cabo Verde, foi aplicado um conjunto de perguntas de análise do estatuto da doença à oftalmologistas praticantes em Cabo Verde, especificamente das ilhas de

Santiago e São Vicente, de modo a perceber qual o procedimento realizado para o acompanhamento de utentes suspeitos de cancro ocular e como este assunto está enquadrado na realidade cabo-verdiana. Optou-se por colocar perguntas e as respetivas respostas, na íntegra, nos anexos para que sejam ativos de validação científica deste trabalho.

Ciente das vantagens e desvantagens desse caminho, deu-se continuidade ao estudo e este trabalho resulta assim do cruzamento dos poucos dados recolhidos nas consultas documentais e bibliográficas com as entrevistas com os oftalmologistas praticantes.

2.1.2. Instrumento de recolha de dados

Como instrumento de recolha de dados acredita-se que a entrevista estruturada é relevante para atingir os objetivos limitados, possibilitando desta feita a identificação e análise das percepções dos entrevistados sobre o tema em estudo.

Os autores Santos (2010), Becker (2016) e Barbosa (2012) indicam a entrevista como uma técnica de recolha de dados para os estudos cujo acesso à documentação e a dados se mostra difícil ou impossível.

Deve-se, porém, constatar que, quase todos os autores consultados indicam também que, apesar de a entrevista ser uma técnica superior para exploração de áreas, nas quais exista pouca e adequada base para obter informações de indivíduos mais complexos e emotivos, apresenta certas desvantagens. Entre estas, constata-se o facto de ser mais dispendiosa no que diz respeito ao tempo, calculando-se que uma hora de entrevista gravada resulta em 10 horas de trabalho para incorporar num relatório de pesquisa. Por outro lado, precisa-se de mais habilidade do que pesquisa documental e, devido à flexibilidade, é difícil comparar uma entrevista com a outra para se chegar a conclusões.

A entrevista foi então escolhida como instrumento após ter em conta estes diferentes aspetos, tendo as informações sido recolhidas pela própria autora do presente trabalho. O período de recolha foi compreendido entre os meses de Novembro e Dezembro, no ano 2018, através da utilização de um guião de entrevista (Anexo I), corrigido pela orientadora. Depois foram contactados os médicos e Instituições para confirmar a sua disponibilidade em participar.

As entrevistas realizadas pessoalmente tiveram uma duração compreendida entre 10 a 20 minutos e, as realizadas por correio eletrónico levaram um período não maior do que 4 dias desde o contato inicial com os médicos até a recolha total dos dados desejados.

Após a recolha dos dados de entrevistas estas foram transcritas e analisadas tendo em consideração o relatório em primeira pessoa do médico entrevistado, a bibliografia estudada e conhecimento adquirido e enquadrado durante a realização do trabalho.

2.1.3. Campo Empírico

O campo empírico escolhido para a pesquisa foi as ilhas de Santiago e São Vicente, nomeadamente os Hospitais Centrais e as clínicas de oftalmologia.

Procedeu-se então ao contacto e entrevista de médicos e membros de várias instituições de saúde em dois dos maiores pólos populacionais do país (ilhas de São Vicente e Santiago) nomeadamente Delegacia de Saúde de São Vicente, INPS, Hospital Batista de Sousa (HBS), Hospital Agostinho Neto (HAN), Clínica Zugas, Rigorótica e Medicália.

2.1.4. População Alvo

A população alvo são os oftalmologistas das ilhas de Santiago e São Vicente. Foram contactados cinco oftalmologistas para a entrevista mas somente três reportaram algum contato ou trabalho com utentes com cancro ou tumores oculares.

Os oftalmologistas que participaram no estudo foram selecionados tendo em consideração os seguintes critérios:

Critérios de inclusão:

- ✓ Os oftalmologistas que já tiveram contato com utentes de cancro e tumores oculares;
- ✓ Vontade expressa de participar no estudo.

Critério de exclusão:

- ✓ Não terem tido contato ou trabalhado com utentes com cancro ocular.

2.2. Estudo na região africana:

2.2.1. Tipo de pesquisa

O trabalho desenvolve um estudo exploratório, por meio de uma pesquisa bibliográfico, que, segundo Pizzani et al (2012), “ é uma das etapas da investigação científica e, por ser um trabalho minucioso, requer tempo, dedicação e atenção por parte de quem resolve empreendê-la”.

2.2.2. Instrumento de recolha de dados

Os artigos científicos sobre a temática foram acessados nas bases de dados: SciELO, no pesquisador Google, PUBMED, *site* do Ministério da Saúde e da Segurança Social e o *site* da OMS de África. Os artigos foram publicados no período entre 2007 a 2018.

Foram selecionados artigos escritos em inglês e português. As palavras-chave utilizadas foram:

- “ eye cancer in África”;
- “ types eye tumors in África”;
- “ VIH in África”.

Na coleta dos dados foi realizada uma seleção os artigos que reporta-se a situação do cancro, a incidência do VIH, cancro ocular e os tipos de tumores oculares nas regiões africanas, entretanto, fez-se uma leitura exploratório em todos os artigos selecionados para saber se são de interesse do trabalho, os que eram convenientes para o trabalho foram analisados e complementados na realização do trabalho.

2.2.3. Campo Empírico

Os estudos consultados foram treze (13) artigos científicos, os selecionados cumprem os seguintes critérios:

Critérios de inclusão:

- ✓ Os artigos científicos que relatam o cancro e os tumores oculares em países africanos;
- ✓ Os que reporta a incidência de VIH na África;
- ✓ Os tipos de tumores oculares mais frequentes nas regiões africanas.

Critério de exclusão:

- ✓ Os artigos científicos que não relatam o assunto.

Esta caracterização possibilita explorar a riqueza das informações recolhidas e sustentadas pelas experiências individuais de cada médico.

Por fim, esta metodologia demonstra as dificuldades e carências que foram deparadas ao longo desta investigação no país.

Apesar das carências, os resultados obtidos e dados recolhidos estão apresentados e analisados nos capítulos seguintes.

CAPÍTULO III – RESULTADOS DA ENTREVISTA NO PAÍS E DO CANCRO OCULAR NAS REGIÕES AFRICANAS

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Logo no início do trabalho foram encontradas várias limitações que complicaram a análise da temática do cancro ocular em Cabo Verde, pois, em algumas Instituições não foi possível adquirir autorização para consultar e/ou coletar dados estatísticos de doentes com cancro ocular. Em outras esses dados sequer existiam.

Por isso, houve a necessidade de realizar entrevistas para a recolha de dados deste tema. Foram entrevistados cinco (5) oftalmologistas, entretanto, somente três (3) estavam familiarizados com o assunto. Em referência ao local de trabalho, uma (1) é diretora do Serviço de Oftalmologia do HBS, uma (1) trabalha no HAN e três (3) em clínicos privados.

3.1. Cancro e Tumores oculares diagnosticados em Cabo Verde

Entre os serviços e pessoas contactados, apenas a diretora do Serviço de Oftalmologia do HBS conseguiu disponibilizar uma pequena lista de utentes com tumores oculares.

Foram diagnosticados seis (6) utentes, dos quais quatro (4) adultos e dois (2) crianças, com idades compreendidas entre um (1) e oitenta e oito (88) anos.

A maioria dos utentes reportados era do sexo masculino, com quatro (4) utentes, e apenas duas (2) do sexo feminino.

Na tabela abaixo estão sumarizados os dados dos utentes, aos quais, de modo a proteger a sua identidade, em substituição ao nome, foi atribuído um número, por ordem crescente relativamente à idade.

Infelizmente, não foi possível aceder aos prognósticos dos utentes em análise.

Tabela 2: Diagnósticos dos utentes.

Nº	Sexo	Idade (anos)	Diagnóstico
1	F	1	Retinoblastoma
2	M	4	Retinoblastoma
3	F	31	Neoplasia intraepitelial conjuntival
4	M	55	Melanoma da coroide
5	M	56	Neoplasia intraepitelial conjuntival
6	M	88	Carcinoma epidemóide

Apesar do baixo número de utentes não permitir que se faça, com rigor análises estatísticas, no gráfico abaixo são apresentadas as percentagens dos diferentes tumores oculares diagnosticados.

O retinoblastoma e a neoplasia intraepitelial conjuntival tiveram dois casos (33%) cada um, e melanoma de coroide e carcinoma epidermoide, por sua vez, tiveram um caso cada (17%). Os Rb foram diagnosticados nos dois utentes mais novos (idades de 1 e 4 anos), o que está em concordância com a sua caracterização como um tumor maligno da retina que, geralmente afeta crianças entre o nascimento e os 5 anos de idade (Selistre, 2013).

A NIC, por sua vez, considerado um tumor benigno do epitélio da superfície ocular com baixo potencial de malignidade (Campos *et al*, 2016).

O MC é um tumor um tumor primário intraocular que ocorre com mais frequência em adultos, principalmente na faixa etária dos 60 anos (Arcieri *et al*, 2002; Lopes, 2015).

E o CEC é considerado a neoplasia espinocelular mais comum da conjuntiva (Tonietto *et al*, 2005; Satto *et al*, 2012).

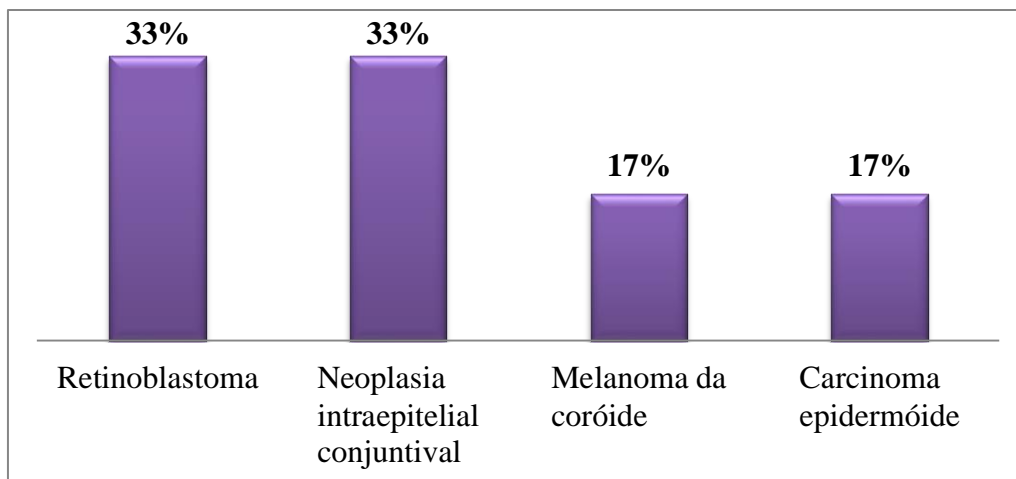


Gráfico 1: Diagnóstico de utentes com tumores oculares do HBS.

3.2. Dados das Entrevistas aos Oftalmologistas

Embora o cancro ocular seja considerado uma afetação pouco frequente na sociedade cabo-verdiana, foram descritos alguns casos de utentes com a doença. Contudo, não se encontra disponível em nenhuma base confiável de dados estatísticos para demonstrar esta realidade, notando-se também uma ausência de registos dos tumores oculares nas diferentes ilhas e postos de saúde do país.

Dito isto, e face à falta de informação disponível, foram contactados vários oftalmologistas das ilhas de Santiago e São Vicente com o intuito de recolher dados empíricos para posterior análise. Nem todos os oftalmologistas responderam ao questionário que foi enviado para levantar dados do cancro ocular e os procedimentos que realizam para utentes com cancro ocular e como este assunto está enquadrado na realidade e/ou na sociedade de Cabo Verde.

Nas entrevistas presenciais, os oftalmologistas relataram que não tiveram contato com esta doença e consideram este assunto pouco divulgado no país. Dos que foram contactados por correio eletrónico, só se obteve resposta de três oftalmologistas. Estes relataram que o cancro ocular tem alguma frequência, no entanto, não conseguem dizer, ao certo, quantos que já diagnosticaram pois não há uma confiável base de dados atualizada para esse efeito.

Quanto ao diagnóstico, os mesmos reportam que este é feito através de exames complementares, tais como ecografias, TAC, biópsia e, em alguns casos, os que já estão na fase mais avançada, são evacuados para confirmarem o diagnóstico e possivelmente

na realização do tratamento no exterior. Contudo, há casos que podem ser tratáveis no país, caso sejam detetados numa fase precoce.

Acrescentaram também que em alguns casos, tiveram cancro de outros órgãos que metastizou para as estruturas oculares resultando em complicações como a perda visual permanente, uveítes, descolamento de retina e de coróide e até perda do olho por invasão tumoral ou evisceração e/ou enucleação para tentar conter o avanço do tumor. Essas malignâncias com origem em outros órgãos podem, também, ser detetadas através do exame ocular.

O acompanhamento após o tratamento é multidisciplinar compreendendo de consultas de rotinas com oftalmologia, oncologia e psicologia. Habitualmente são solicitados exames complementares para detetar algum surgimento do tumor e caso isto aconteça o utente é proposto para reevacuação, caso não se tratar de uma situação de cancro em estágio terminal.

Para credibilidade e substância ao trabalho, coloca-se um conjunto de perguntas e as respostas de três entrevistados, que a autora deste trabalho opta por atribuir a cada um uma letra do alfabeto (**a**) Diretora do Serviço de Oftalmologia do HBS; **b**) Oftalmologista no HAN e **c**) Oftalmologista, clínico privado da ilha de Santiago). As entrevistas e respetivas respostas podem ser consultadas nos anexos.

3.3. Frequência do Cancro e Tumores Oculares na região africana

O estudo de campo delineado foi pelo artigo científico do autor Umar *et al* (2012), que reporta os diferentes casos de tumores oculares que encontraram na Nigéria, os dados estatísticos descrito no artigo está mais detalhado, claro e fiel, por isso, foi utilizado na pesquisa, e na revisão bibliográfica utilizados foram os artigos publicados em periódicos internacionais entre os anos 2007 a 2018 (autores: Akpe *et al*, 2009; Diomandé *et al*, 2016; Gichuhi *et al*, 2013; Gichuhi *et al*, 2017; Jafferji *et al*, 2007; Lukamba *et al*, 2018; Martin-Odoom *et al*, 2016; OMS, 2012; OMS, 2016; Parkin *et al*, 2014; Rathi *et al*, 2018; Simbiri *et al*, 2010; Umar *et al*, 2012), em que todos foram selecionados por terem relatado o tema pesquisado.

O cancro e tumores oculares, apesar de ocorrerem com uma certa frequência, são ainda considerados raros a nível mundial. Em África, há ocorrência de cancro e tumores oculares, todavia, foram encontrados poucos estudos bibliográficos e/ou artigos científicos que mencionam esta situação na região africana.

O autor Umar *et al* (2012) refere que no Kano (Nigéria) foram detetados 438 tumores oculares no Hospital de Ensino de Aminu Kano (AKTH). O período de estudo teve a duração de 12 anos, nessa que é a principal instituição de saúde terciária que oferece serviços de histopatologia para todo o estado de Kano, bem como para os Estados vizinhos de Jigawa, Katsina e Bauchi.

Nesses utentes foram diagnosticados 89 com tumores benignos (20,3%) e 349 com tumores malignos (79,7%). Observa-se que os homens tiveram maior predominância com 250 casos (57,1%), enquanto as mulheres compreendiam aos restantes 188 casos (42,9%).

A figura abaixo mostra as frequências relativas dos diferentes tumores orbito-oculares. Os papilomas escamosos conjuntivais e hemangiomas foram os tumores benignos mais comuns, constituindo-se 6,6% e 5,0% dos tumores oculares, respetivamente, enquanto a retinoblastoma (44,5%) e a carcinoma escamoso conjuntival (18,9%) foram os tumores malignos mais prevalentes (Umar *et al*, p.24, 2012).

Tumor	Number of cases	%
Benign		
Conjunctival papilloma	29	6.6
Hemangioma	22	5.0
Conjunctival naevi	15	3.4
Lacrimal pleomorphic adenoma	8	1.8
Meningioma	2	0.5
Neurofibroma	4	0.9
Sebaceous epithelioma	2	0.5
Others*	7	1.6
Sub-total benign	89	20.3
Malignant		
Retinoblastoma	195	44.5
Conjunctival squamous carcinoma	83	18.9
Conjunctival carcinoma- <i>in-situ</i>	24	5.5
Rhabdomyosarcoma	10	2.3
Non-Hodgkin lymphoma	9	2.1
Conjunctival melanoma	5	1.1
Sebaceous carcinoma	6	1.4
Adenoid cystic carcinoma	5	1.1
Basal cell carcinoma (eyelid)	4	0.9
Others**	8	1.9
Sub-total malignant	349	79.7
Total orbito-ocular tumors	438	100

*Others Benign – Optic nerve glioma, Lymphangioma, Trichofolliculoma, and Apocrine hydrocystoma. **Others Malignant – Mucoepidermoid carcinoma, Kaposi's sarcoma

Figura 12: Frequência dos tumores oculares em Kano¹³.

Outros relatos sobre o tema na Nigéria apontam que o retinoblastoma é o tumor maligno mais comum em crianças, enquanto que nos adultos a apresentação de cancro ocular mais comum é carcinoma de células escamosas. Adicionalmente, o retinoblastoma é repostado em grande frequência em outros países africanos, enquanto o melanoma uveal é considerado extremamente raro (Akpe *et al*, p. 236, 2009; Umar *et al*, p.25, 2012).

¹³ Fonte: Umar *et al*, 2012

CAPÍTULO IV- DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

4. DISCUSSÃO DA INVESTIGAÇÃO

4.1. Cancro ocular em Cabo Verde

Após o cruzamento dos dados possíveis, da análise documental e bibliográfica, com as entrevistas realizadas, foi possível comprovar que o cancro e tumores oculares são uma das doenças oculares mais comuns que se pode encontrar em África.

No caso de Cabo Verde, a existência de cancro e/ou tumores oculares ficou patente, ainda que ao longo da pesquisa se tenha constatado que há uma falta de informação relacionada com o tema neste arquipélago. Desde logo, pode-se dizer que pode ser um obstáculo para a própria sociedade cabo-verdiana visto que, não havendo dados confiáveis, a política para esta área da saúde pode não se ajustar ou responder às necessidades reais. Por outro lado, como não existe campanhas sistemáticas de sensibilização ou conhecimento do problema, a sociedade não fica atenta aos sinais para um diagnóstico precoce.

Deve ressaltar que alguns dos entrevistados para este trabalho não tinham autorização para fornecer os dados que obtêm sobre o assunto enquanto outros não se mostraram familiarizados com o assunto. Na falta de uma base de dados atualizada, não se consegue comprovar qual o cancro e tumor ocular mais prevalente em Cabo Verde e o real impacto dessas malignâncias.

Seja como for, os oftalmologistas praticantes em Cabo Verde que já tiveram contacto com a doença relataram que o cancro e tumores oculares têm uma certa frequência na população cabo-verdiana, porém, é pouco divulgado. Face a essa escassez de informação sobre cancro e tumor ocular e a pouca promoção da saúde nesta área, a população cabo-verdiana não tem conhecimento da doença.

Portanto, na opinião dos oftalmologistas entrevistados, o cancro ocular é pouco divulgado no país; a população tem pouco conhecimento sobre o assunto, pois pensa-se que o cancro no olho não existe. Por outro lado, a dificuldade de acesso ao médico faz com se leva tempo para se conseguir uma consulta. Isso porque não só os recursos humanos em oftalmologia ainda são em número reduzido para a cobertura das necessidades em todas as ilhas mas também nota-se a falta de recursos materiais e equipamentos fundamentais para o tratamento das doenças oculares.

Além disso, não existem campanhas de sensibilização para detetar o cancro ocular, embora oftalmologistas façam palestras pontuais durante as quais discorrem sobre o assunto e em todas as consultas especializadas são feitas despistes, dando atenção especiais aos casos em que os utentes têm antecedentes familiares. Seja como for, evidencia-se como uma situação que precisa de mudar, com uma aposta em mais recursos humanos da área de Saúde Ocular assim como na educação sobre a Saúde Ocular.

Dito isto, os cabo-verdianos têm o hábito de procurar o apoio ou a orientação médica só quando há sinais evidentes de doença. Associado a uma falta de acesso aos cuidados de saúde, sobretudo na área da Saúde Ocular, e a condições económicas nem sempre favoráveis, isto tudo contribui para que as pessoas demorem a procurar da ajuda médica. Diante dessa observação e desse cruzamento, parece evidente que se deve empenhar num trabalho alargado de sensibilização na tentativa de promover a saúde e de prevenir a doença. Com isso, os cabo-verdianos poderão prestar mais atenção ao cancro e tumores oculares, ou seja, na sua Saúde Ocular.

Ou seja, com ortoptistas treinados para conseguirem detetar os casos de riscos precocemente e devido a natureza insular do país em algumas localidades, estes poderão ajudar na linha de diagnóstico do utente.

Em concreto, durante a pesquisa foram obtidos dados que confirmam 6 casos de tumores oculares na ilha de São Vicente. Em termos relativos, seria um número pouco alarmante para uma população de 81.862 de habitantes (INE, 2016). Entretanto, as entrevistas e contactos feitos pela autora desta pesquisa indicam que esse número não espelha a realidade existente pois muitos casos não são computados nas estatísticas oficiais. O relatório estatístico de 2016 do Ministério da Saúde e da Segurança Social relata os casos que houve evacuações de doentes com tumores oculares e doenças oculares mas não mostra quais os tipos de tumores oculares e nem as outras doenças oculares.

E também no pouco oftalmologista que tem no país não conseguem cobrir todas as ilhas, pois, umas ilhas são mais distantes do que outras, isso dificulta na deslocação tanto nos utentes como nos médicos devidos as poucas condições ou dificuldades que algumas ilhas têm e, que ainda estão com menos infraestruturas.

Delineadas estas notas, resta dizer nesta fase que pela escassez de dados mostra-se pouco recomendável fazer aqui qualquer extrapolação ou análise comparativa com aportes estatísticos encontrados em outros países africanos.

Portanto, pode-se dizer que há uma falta de apoio ou infraestrutura por parte do Ministério da Saúde ou por outras plataformas que poderiam melhorar a situação do país.

4.2. Cancro ocular na região africana

O cancro e tumores oculares foram relatados como uma das doenças oculares mais comuns que aparecem em África, sendo considerado uma das causas de morbilidade e mortalidade clínico no continente (Umar *et al*, p.23, 2012).

Na África Subsaariana, os tumores benignos são os mais prevalentes, contudo, há poucos estudos publicados que demonstram essa situação. Além disso, devido à falta de acesso aos cuidados de saúde e aos elevados níveis de pobreza, as pessoas não têm condições de procurar ajuda médica, o que leva a complicações de quadros clínicos que seriam fáceis de tratar, caso tivesse atenção médica imediata.

Constata-se também grandes diferenças epidemiológicas na distribuição dos tumores oculares em relação a outros estudos realizados a nível mundial. Por exemplo, os melanomas oculares são os tumores malignos mais frequentes entre os caucasianos no mundo ocidental mas são raros na África Negra, não havendo muitos relatos publicados sobre essa doença. O contrário aplica-se ao, retinoblastoma que é mais prevalente em países africanos do que em países considerados mais desenvolvidos.

Deve-se ter em conta que, os fatores epidemiológicos são definidos por raças, grupos genéticos entre outros, o que provavelmente pode explicar algumas dessas disparidades observados globalmente (Umar *et al*, p.23, 2012).

Segundo Jafferji *et al* (2007) teve alguns casos de melanoma uveal no Quênia, que, mesmo sendo raro, só se encontra em adultos. Entretanto, não há relatos publicados sobre o melanoma maligno uveal nesse país (Jafferji *et al*, p.58, 2007).

Houve também caso de retinoblastoma trilateral (TRB) na África Subsaariana. “O TRB é uma síndrome que consiste em retinoblastoma hereditário unilateral ou bilateral associado a um tumor neuroblástico intracraniano”, segundo a definição do autor Diomandé *et al*, p.4 (2016), porém, há poucos estudos sobre TRB na África.

Esta doença é responsável por uma alta mortalidade entre as crianças que têm retinoblastoma especialmente neste país. E se obtivesse melhorias nas condições de vida

e na política de saúde em África, facilitava o diagnóstico e na gestão médica para mudar o prognóstico desta doença (Diomandé *et al*, p.6, 2016).

No entanto, foi relatado um aumento na frequência de tumores oculares relacionados ao VIH, diversos destes estudos relataram que 50-70% dos indivíduos com essa infecção tiveram complicações oculares (Akpe *et al*, p.236, 2009).

Nestas complicações oculares, a neoplasia escamosa da superfície ocular (OSSN) é a mais comum nos indivíduos com a infecção VIH, também conhecido pelos termos “neoplasia intraepitelial da conjuntiva”, “displasia epitelial da superfície ocular” e “neoplasia de células escamosas da conjuntiva”, que é considerado o terceiro tumor ocular mais comum em África. A sua epidemiologia está relacionada à do cancro do colo do útero com alta incidência em África e os principais fatores de risco são a radiação solar ultravioleta, VIH e HPV (Simbiri *et al*, p.1, 2010; Gichuhi *et al*, p.424-425, 2013).

Com base nos autores consultados, relata a existência de cancro e tumores oculares em alguns países africanos e sua frequência nas suas sociedades, sendo considerado uma das causas de morbilidade e mortalidade, devido não só ao elevado nível de pobreza mas também à falta de acesso aos cuidados de saúde.

Além disso, nos poucos estudos encontrados que falassem deste assunto, mostram que os tumores oculares benignos têm uma certa prevalência nos países africanos, porém, há também relatos de cancro e tumores oculares malignos presentes, de modo que o retinoblastoma é o tumor maligno mais comum com maior incidência no continente. Mas tem casos de cancro e tumores oculares que se encontram somente nos países africanos, devido à alta incidência de certas doenças que podem provocar complicações oculares, por exemplo a infecção VIH.

Durante o período de pesquisa foi possível encontrar estudos e/ou artigos científicos que relatam ou demonstram dados estatísticos provando a existência de incidência de cancro e tumores oculares em África.

O autor Umar *et al* (2012) menciona no próprio estudo, relatos de casos de cancro e tumores oculares na Nigéria, estes dados estatísticos do estudo demonstra a prevalência e incidência que os tumores oculares têm no país.

Estes relatos de casos mostram a prevalência de tumores oculares benignos e dos tumores oculares malignos, mas com maior incidência nos tumores oculares malignos como a retinoblastoma e a carcinoma escamoso conjuntival que foram considerados os mais prevalentes no continente.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A problemática do cancro ocular não é um tema facilmente estudado no país e, devido a isto, deparou-se com limitações que complicaram a análise do tema, dificultando assim a realização de todos os objetivos específicos estipulados para o trabalho.

Entre estas dificuldades, salienta-se que a maior limitação foi verificada na pouca ou inexistente receptividade de algumas instituição ou agentes da saúde que foram contactados na tentativa de recolher dados estatísticos que reportassem a frequência das doenças oncológicas oculares em Cabo Verde.

Face a estes obstáculos, a pesquisa deixou de lado o projeto de trabalhar a partir de análises quantitativas e virou-se para uma vertente interpretativa e construtiva.

Neste novo percurso, as entrevistas com oftalmologistas praticantes em Cabo Verde de forma a recolher mais informações e compreender melhor esta temática no quotidiano dos cabo-verdianos mostraram-se como o caminho possível. De todos os entrevistados e entidades contactadas, recebeu-se a indicação de que o acesso aos poucos dados que pudessem existir seria de dificuldade extrema por estarem em documentos dispersos, cuja consulta quase sempre não se autoriza; ou mesmo que não havia documentos tratados sobre o tema mencionado.

Seja como for, o desenvolvimento do presente estudo possibilitou observar que há uma grande carência de informação e estudos sobre cancro ocular em Cabo Verde. Esta constatação por si já revela a importância do empreendimento que a autora fez para lançar as bases a uma discussão necessária e fundamental para a saúde da visão no nosso país.

Desde logo, há pelo menos duas constatações que se evidenciam importantes: a) em Cabo Verde há casos de cancro ocular - pelo menos seis foram confirmados ao longo deste trabalho - ainda que não haja dados estatísticos suficientes para comprovar a sua frequência; b) com esta pesquisa percebe-se que o cancro ocular tem um enorme impacto na vida dos indivíduos, mesmo sendo considerado raro mundialmente.

Por outro lado, diante da escassez de informação das doenças oncológicas oculares em Cabo Verde, recomenda-se que se faça uma sensibilização dos cabo-verdianos para prestarem atenção a esse tipo de doença. Isso pode e deve ser feito através da divulgação, da promoção da saúde e da prevenção da doença, para que esta

doença não seja negligenciada. De resto, um plano para a educação da Saúde Ocular constitui uma preposição dos oftalmologistas praticantes em Cabo Verde.

A situação da região africana sobre o cancro ocular é considerada uma das causas de morbilidade e mortalidade. Mesmo com poucos estudos e/ou artigos científicos consultados, notou-se que o retinoblastoma é o mais achado nestes países. Tendo em conta a bibliografia encontrada, nota-se que em outros países africanos tem mais estudos realizados sobre o tema do que em Cabo Verde, onde há uma falta de estudo sobre a doença.

Por fim, conclui-se que o trabalho revelou a necessidade para a população cabo-verdiana de mais e melhores serviços de Saúde Visual, como por exemplo, a realização de rastreios visuais, com a presença de um ortoptista dentro da equipa multidisciplinar em cada centro de saúde do país.

A presença deste seria de grande importância pois o seu papel concentraria nos cuidados primários da saúde visual, sendo o responsável na realização de rastreios visuais para a deteção de alterações visuais e, caso seja necessário, na requisição de prescrição com o auxílio do médico clínico-geral.

O seu papel assume uma importância perante a ocorrência de algum caso mais alarmante, visto que o ortoptista poderia contactar e/ou encaminhar ao oftalmologista da mesma ilha, auxiliar na recomendação e reencaminhamento do utente para uma consulta com um oftalmologista da região mais próximo.

Neste caso, trazia um grande benefício para os Centros de Saúde, para os oftalmologistas e para a população por proporcionar um acesso mais rápido ao Serviço da Saúde Visual.

No futuro seria importante aprofundar o estudo da temática em Cabo Verde.

Considere-se importante e de modo a se aprofundar o estudo da temática em Cabo Verde, devem ser elaborados mais trabalhos que não só debruçem sobre frequência do cancro ocular bem como as suas características no nosso país. Para isso, a elaboração de um novo base de dados estatísticos de todas as doenças oculares e de mais estudos da literatura, com o intuito de atualiza-la, para futuros pesquisa ou investigação.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Akpe, A.B. Omoti, E.A. e Iyasele, T.E. (2009). Histopathology of Ocular Tumor Specimens in Benin City, Nigeria. *Journal of Ophthalmic and Vision Research*; Volume 4, No. 4.
2. Amaral, M.E. (2013). *Termografia como Meio de Diagnóstico Complementar da Mamografia*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Tecnologia e Gestão. Disponível em «<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/9784/1/Elizabete%20Amaral.pdf>». (Consultado em 20/10/2018, 18:04).
3. Arcieri, S.E. Fonseca, D. França, T.E. Braga, F.E. e Ferreira, A.M. (2002). Estudo de melanoma de coróide na Universidade Federal de Uberlândia. *Arquivo Brasileiro Oftalmologia*; 65:89-93.
4. Barbosa, M. (2012). *História Cultural da Imprensa*. Brasil 1800-1900. Editora: Mauad, 1ed; 266.
5. Becker, B. (2016). *Televisão e telejornalismo*. Publicado em São Paulo, Editora: Estação das Letras e Cores, 1ed; 248.
6. Bizarro, B.M. Silva, J. Oliveiros, B. Veríssimo, J. e Proença, R. (2016). Tumores de localização palpebral, 15 anos de experiência no Centro de Patologia Oftálmica do Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra. *Revista da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia*; Vol. 40: pp.181-190 - Nº 2 - Abril-Junho.
7. Broetto, J. Freitas, G.O.J. Sperli, E.A. Soh, W. S. Richter, A.C. e Tony, A.R. (2012). Tratamento cirúrgico dos carcinomas basocelular e espinocelular: experiência dos Serviços de Cirurgia Plástica do Hospital Ipiranga. *Revista Brasileiro Cirurgia Plástica*; 27(4):527-30.
8. Campos, M.L. Abrahao, M.M. Teixeira, P.L. Nassaralla, A.A. e Nassaralla, A.R.B. (2016). Excisão, crioterapia e mitomicina C no tratamento da neoplasia intraepitelial córneo-conjuntival. *Revista Brasileiro Oftalmologia*; 75 (5): 391-5.
9. Cancer Association of South Africa (2017). *Fact Sheet on Cancer of the Eye*. Disponível em «<https://www.cansa.org.za/files/2017/04/Fact-Sheet-Cancer-of-Eye-NCR-2012-web-April-2017.pdf>». (Consultado em 25/10/2018, 21:46).
10. Chinem, P.V. e Miot, A.H. (2011). Epidemiologia do carcinoma basocelular. *Anais Brasileiro Dermatologia*; 86(2):292-305.

11. Cohen, L.M.V. (2013). Ocular metastases. *Cambridge Ophthalmological Symposium. Eye*; 27, 137 –141. Disponível em «<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3574252/pdf/eye2012252a.pdf>». (Consultado em 23/05/2018, 22:44).
12. Cooper, M.G. (2000). *The Cell: A Molecular Approach*. 2nd edition. Disponível em «https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK9963/?fbclid=IwAR3sDqnJIus11MLvUAKp2I_8VYwAsB1lazKApbGp1AKkOXhFtxb9_AbQrw8». (Consultado em 15/08/2019, 11:25).
13. Coutinho, I. Teixeira, T. Simões, C.P. Lopes, C.J. Borrego, M. Fernandes, J. Cabral, J. Prieto, I e Proença, R. (2017). Melanoma da Coróideia. *Revista Científica da Ordem dos Médicos, Acta Medica Portuguesa*, Julho-Agosto; 30(7-8):573-577.
14. Cunha, F.A.A. Rodrigues, T.H.N. Almeida, A.G. Picanço, C.B. e Netto, A.J. (2010). Melanoma de corpo ciliar e coróide: relato de caso. *Arquivo Brasileiro Oftalmologia*; 73(2):193-6.
15. Dawodu, O.A. e Okeigbemen, V. (2016). A severe case of conjunctival papilloma in a five year old female. *New Front in Ophthalmology*, Volume 2 (3): 137-139. Received: April 01; Accepted: April 30; Published: May 05.
16. Dimaras, H. Kimani, K. Dimba, A.O.E. Gronsdahl, P White, A. Chan, S.L.H e Gallie, L.B. (2012). *Retinoblastoma*. Published Online March 12, Lancet; 379: 1436–46.
17. Diomandé, A.I. Ahnoux-Zabsonré, A. Djiguimdé, P.W. Toure, A. Koffi, V.K. Atipo-Tsiba, W.P. Bile, E.F.K.P. e Diomandé, F.G. (2016). Trilateral retinoblastoma in Sub-Saharan Africa: problem of diagnosis and medical management. *Case Reports in Clinical Pathology*, Vol. 3, No. 2. «<http://crp.sciedupress.com>».
18. Erwenne, M.C. Antonelli, G.B.C. Marback, F.E. e Novaes, E.P. (2003). Tratamento conservador em retinoblastoma intra-ocular. *Arquivo Brasileiro Oftalmologia*; 66:791-5.

19. Ferreira, A. (2015). *Cuidados de saúde primários na área da visão: A intervenção do ortoptista*. Dissertação de Mestrado (publicado), Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde. Disponível em [«http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/6680/Cuidados%20de%20Sa%C3%Bade%20Prim%C3%A1rios%20na%20%C3%81rea%20da%20Vis%C3%A3o%20-%20A%20Interven%C3%A7%C3%A3o%20do%20Ortoptista.pdf?sequence=1»](http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/6680/Cuidados%20de%20Sa%C3%Bade%20Prim%C3%A1rios%20na%20%C3%81rea%20da%20Vis%C3%A3o%20-%20A%20Interven%C3%A7%C3%A3o%20do%20Ortoptista.pdf?sequence=1). (Consultado em 28/11/2019, 17:42).
20. Figueirêdo, S.R. e Figueirêdo, D.E. (2006). Uso de mitomicina C em neoplasia intra-epitelial córneo-conjuntival: modalidades de abordagem - relato de casos. *Arquivo Brasileiro Oftalmologia*; 69(3):407-11.
21. Gichuhi, S e Sagoo, S.M. (2016). Squamous cell carcinoma of the conjunctiva. *Community Eye Health Journal*, Volume 29 Issue 95.
22. Gichuhi, S. Kabiru, J. Zindamoyen, M'b. A. Rono, H. Ollando, E. Wachira, J. Munene, R. Onyuma, T. Sagoo, S. M. Macleod, D. Weiss, A.H. e Burton, J.M. (2017). *Delay along the care-seeking journey of patients with ocular surface squamous neoplasia in Kenya*. BMC Health Services Research 17:485.
23. Gichuhi, S. Sagoo, S.M. Weiss, A.H. e Burton, J.M. (2013). Systematic Review: Ocular surface squamous neoplasia in Africa. *Tropical Medicine and International Health*, volume 18 no 12 pp 1424–1443, december.
24. Instituto Nacional de Câncer (2012). *ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer do Brasil*. – Ministério da Saúde, Rio de Janeiro: Inca.129 p.: il, 2ed. Disponível em [«https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc_do_cancer_2ed.pdf»](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc_do_cancer_2ed.pdf). (Consultado em 18/12/2019, 22:45).
25. Instituto Nacional de Estatística Cabo Verde (2016). *Dia do Município de São Vicente: Curiosidades Estatísticas sobre o Município*. Disponível em [«https://www.insp.gov.cv/index.php/observatorio-saude/condicoes-e-determinantes-da-saude/88-dados-sobre-o-municipio-de-sao-vicente/file»](https://www.insp.gov.cv/index.php/observatorio-saude/condicoes-e-determinantes-da-saude/88-dados-sobre-o-municipio-de-sao-vicente/file). (Consultado em 17/03/2019, 19:05).
26. Lopes, F.J.P. (2015). *Melanoma da coróideia tratado com ressecção transescleral. Revisão a propósito de um caso clínico*. Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina Lisboa, Clínica Universitária de Oftalmologia.

27. Lucena, E. e Herchenhorn, D. (2013). *Metástase intraocular, do diagnóstico à seleção terapêutica*. Oncologia, Janeiro/Fevereiro. Disponível em «<https://www.researchgate.net/publication/274835144>». (Consultado em 29/05/2018, 12:09).
28. Lukamba, M.R. Yao, A.JJ. Kabesha, A.T. Budiongo, N. A. Monga, B.B. Mwembo, T.A. Bey, P. Chenge, B.G. Desjardins, L. Luboya, N.O. Doz, F. e Stefan, D.C. (2018). *Retinoblastoma in Sub-Saharan Africa: Case Studies of the Republic of Côte d'Ivoire and the Democratic Republic of the Congo*. J Glob Oncology 4. © by American Society of Clinical Oncology Licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 License.
29. Mantese, O.A.S. Berbert, V.C.L.A. Gomides, A.D.M. e Rocha, A. (2006). Carcinoma basocelular - Análise de 300 casos observados em Uberlândia – MG. *Anais Brasileiro Dermatologia*; 81(2):136-42.
30. Marques, G.S.J. (2014). *Diagnóstico e Terapêutica dos Tumores Sólidos*. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde; Porto. Disponível em «https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4496/1/PPG_21349.pdf». (Consultado em 29/05/2018, 22:19).
31. Martin-Odoom, A. Bonney, Y.E. e Opoku, K.D. (2016). *Ocular complications in HIV positive patients on antiretroviral therapy in Ghana*. *BMC Ophthalmology* 16:134.
32. Matias, N.C.G. (2016). *Apoio à autoavaliação de sinais da pele na perspetiva de prevenção do cancro cutâneo*. Tese para obtenção do Grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas, Universidade do Algarve, Faculdade de Ciências e Tecnologia. Disponível em «<https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/9921/1/TESE%20CF%20UALG%20PDF.pdf>». (Consultado em 29/05/2018, 15:55).
33. Meirinhos, M. e Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. Editora: Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Educação. *EduSer: Revista de Educação*, ISSN 1645-4774. Volume 2 (2), p. 49-65.
34. Melo, C.S.C.M. Ventura, O.V.M.L. Erwenne, M.C. e Arcoverde, L.A.L.A. (2008). Retinoblastoma bilateral de aparecimento tardio: relato de caso. *Arquivo Brasileiro Oftalmologia*; 71(3):437-42.
35. Meyer, I. (2011). Tumor metastático uveal: revisão de literatura sobre a neoplasia ocular maligna mais comum. Artigo de Revisão. *Revista Brasileiro Oftalmologia*; 70 (1): 51-6.

36. Molinari, C.L. Domingues, G.J. Guimarães, R.A. Bottega, C.F. Petrocchi, A. J. e Boteon, E.J. (2015). Caso 20: Relato de Caso. *Revista Medica Minas Gerais*; 25(4): 621-623.
37. Neto, B.R. *Câncer Ocular – Duvidas sobre o câncer ocular*. Disponível em «https://www.clinicabelfort.com.br/sp_faq/duvidas-sobre-cancer-ocular/» (Consultado em 29/05/2018, 22:34).
38. Novais, A.G. e Karp, L.C. (2012). Melanoma maligno conjuntival. Artigo de revisão, *Arquivo Brasileiro Oftalmologia*; 75(4):289-95.
39. Nunes, T.A. Almeida, L. Crujo, C. e Grillo, M.M. (2013). Melanoma da Conjuntiva – Relato de Um Caso de Excepção. *Comunicação Curtas e Casos Clínicos, Oftalmologia* - Vol. 37: pp.69-74, Vol. 37 - Nº 1, Janeiro-Março.
40. Oliveira, S.A.C Barros, N.J. Souza, B.S. Cvintal, T. e Schellini, A.S. (2009). Melanose da margem palpebral com suspeita de malignidade: relato de caso. *Arquivo Brasileiro Oftalmologia*;72(5):706-9.
41. Organização Mundial da Saúde (2012). *Intervenções essenciais de prevenção e controlo para a redução da incidência do cancro na região Africana da OMS*. Um Manual para Líderes e Gestores, Escritório Regional para África, Brazzaville. Disponível em «<https://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/direcao-nacional-de-saude/cancro/414-prevencao-e-controlo-para-a-reducao-da-incidencia-do-cancro-na-regiao-africana-da-oms/file>». (Consultado em 29/11/2019, 15:39).
42. Organização Mundial da Saúde (2016). *VIH/SIDA: quadro de acção na região africana da OMS, 2016 – 2020: Relatório do Secretariado*. Comité Regional para a África, 21 de Agosto. Disponível em «<https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-08/afr-rc66-11-pt-1611.pdf>». (Consultado em 28/11/2019, 23:28).
43. Organização Mundial da Saúde (2018). *Cancer*. Disponível em «<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>». (Consultado em 29/05/2018, 22:50).
44. Parkin, M.D. Bray, F. Ferlay, J. e Jemal, A. (2014). Cancer in Africa 2012. *Cancer Epidemiology Biomarkers Prevention*; 23(6) June, Published OnlineFirst April, 3. Downloaded from cebp.aacrjournals.org on November 25, 2019. © 2014 American Association for Cancer Research.

45. Pereira, F.P.A. (2010). *Lesões não melanocíticas da conjuntiva: benignas, pré-malignas e malignas*. Universidade de Coimbra. Disponível em «<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/18474/1/Tese%20de%20Mestrado.pdf>». (Consultado em 01/06/2018, 21:01).
46. Pinto, M. Garabal, A. Venâncio, M. Sá, J. Silva, S. Van Der Hout, A. e Saraiva, J.M. (2013). *Retinoblastoma – do diagnóstico ao aconselhamento genético, experiência de 16 anos*. Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina. Disponível em «<https://docplayer.com.br/46729697-Retinoblastoma-do-diagnostico-ao-aconselhamento-genetico-experiencia-de-16-anos.html>». (Consultado em 23/05/2018, 22:25).
47. Pizzani, L. Silva, C.R. Bello, F.S e Hayashi, I.P.C.M. (2012). A Arte da Pesquisa Bibliográfica na Busca do Conhecimento. *Revista Digital Biblioteconomia e Ciência da Informação, Campinas*, volume 10, n.1, p.53-66, julho/dezembro – ISSN 1678-765X.
48. *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário* (2008-2011). Reformar para uma melhor saúde, República de Cabo Verde - Ministério da Saúde, Praia. Disponível em «<http://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/plano-nacional-de-desenvolvimento-sanitario-do-msss/plano-nacional-de-desenvolvimento-sanitario-2008-2/220--61/file>». (Consultado em 18/04/2018, 21:25).
49. Ramos, B.R.A. Costa, B.A.P. Rossi, E.E. Júnior, M.A.C. e Chong, P.L. (2002). Avaliação da área de melanomas amelanóticos de coróide em coelhos. Modelo matemático. *Arquivo Brasileiro Oftalmologia*; 65:537-43.
50. Rathi, G. S. Kapoor, G.A. e Kaliki, S. (2018). *Ocular surface squamous neoplasia in HIVinfected patients: current perspectives*. Operation Eyesight Universal Institute for Eye Cancer, LV Prasad Eye Institute, Hyderabad, India. HIV/AIDS - Research and Palliative Care:10.
51. Relatório Estatístico (2016) - *Ministério da Saúde e da Segurança Social da República de Cabo Verde*. Disponível em «<http://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/-1/457-relatorio-estatistico-2016-versao-final-1/file>». (Consultado em 28/11/2019, 17:54).

52. República de Cabo Verde, Ministério da Saúde, Direção Nacional de Saúde, Serviço de Atenção Integrada à Saúde do Homem e da Mulher (2015). *Programa de Prevenção e Rastreio de Cancros, Manual de prevenção e controlo de doenças oncológicas*. Praia, 30 e 31 de Outubro. Disponível em «https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/CPV_B5_Manual%20de%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20e%20Controlo%20de%20Doen%C3%A7as%20Oncol%C3%B3gicas%202015.pdf». (Consultado em 30/07/2019, 17:43).
53. Rodrigues, N.A.A. Pinheiro, C.T. Fonseca, C.G. Martins, M.L. Tessari, B.M. e Alcadipane, C.M.A.F. (2016). Melanoma da conjuntiva localizada em pálpebra superior: Relato de Caso. *Revista Faculdade Ciência Médica, Sorocaba*;18(1):55-7.
54. Santos, S.A.L. Barbosa, L.R. e Sousa, B.L. (2004). Neoplasia intra-epitelial córneo-conjuntival (NIC) – Relato de um caso atípico. *Arquivo Brasileiro Oftalmologia*; 67(5):819-21.
55. Santos, S.B. (2010). *Introdução a uma ciência pós moderna*. Porto. Editor: Edições Afrontamento; Biblioteca das Ciências do Homem; 200.
56. Satto, H.L. Marques, A.E.M. e Scheluni, A.S. (2012). Carcinoma espinocelular de conjuntiva com evolução para exenteração: relato de caso. *Arquivo Brasileiro Oftalmologia*; 75(1):61-3.
57. Selistre, A.G.S. (2013). *Caraterização de pacientes com diagnóstico de Retinoblastoma identificados nos serviços de oncologia pediátrica, Oftalmologia e Genética no Hospital de clínicas de Porto Alegre/RS*. Programa de pós-graduação em Medicina: Ciências Médicas, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em «<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/87184/000910431.pdf?sequence=1&isAllowed=y>». (Consultado em 21/05/2018, 19:31).
58. Shi, Y. Jia, R. e Fan, X. (2017). Ocular basal cell carcinoma: a brief literature review of clinical diagnosis and treatment. *Oncology Targets and Therapy*: 10 2483–2489.
59. Simbiri, O. K. Murakami, M. Feldman, M. Steenhoff, P. A. Nkomazana, O. Bisson, G. e Robertson, S.E. (2010). Multiple oncogenic viruses identified in Ocular surface squamous neoplasia in HIV-1 patients. *Infectious Agents and Cancer*, 5:6.

60. Sjo, C.N Buchwald, V.C. Cassonnet, P. Norrild, B. Prause, U.J. Vinding, T. e Heegaard, S. (2007). *Human papillomavirus in normal conjunctival tissue and in conjunctival papilloma: types and frequencies in a large series*. Br J Ophthalmology 2007; 91:1014–1015.
61. Soares, S.H.L. Bello, V.C. Reis, B.L.K.A. Nunes, R.R. e Mason, M.E. (2001). Tumores malignos de pálpebra. *Arquivo Brasileiro Oftalmologia*; 64:287-9.
62. Sousa, F.J. (2015/2016). *Metástases da coróide: tumores primários mais frequentes e abordagem Caso Clínico e Revisão da literatura*. Dissertação de Mestrado, Clínica Universitária de Oftalmologia do Hospital Santa Maria, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Disponível em «<https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/27420/1/JessicaFSousa.pdf>». (Consultado em 21/05/2018, 19:23).
63. Tanure, M.A. Vigneron, M.F.D. e Pedrosa, S.M. (2012). Melanose primária adquirida associada a erosões epiteliais recorrentes da córnea. *Revista Brasileiro Oftalmologia*; 71 (4): 256-9.
64. Tonietto, P.A. Magnani, C.A. Mársico, J. Mason, M.E. e Filho, F.B.J. (2005). Carcinoma de células escamosas de conjuntiva: aspectos clínicos histopatológicos em cinco pacientes. *Revista Brasileiro Oftalmologia*; 64 (3): 140-145.
65. Valente, P.E. (2014). *O uso de antioxidantes na prevenção da doença*. Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências de Saúde.
66. Wong, R.J. Nanji, A.A. Galor, A. e Karp, L.C. (2014). Management of conjunctival malignant melanoma: a review and update. Published in final edited form as: *Expert Review Ophthalmology* June ; 9(3): 185– 204.

8. ANEXOS

Anexo I – Guião da entrevista

1. Alguma vez diagnosticaram doentes com cancro ocular em Cabo Verde? Quantos e quais?
2. Quais os procedimentos que fazem quando detetam/diagnosticar o cancro ocular/tumores oculares?
3. Como é feito esse diagnóstico? Há algumas dificuldades em detetá-los?
4. Qual é a probabilidade de ter um bom prognóstico nos doentes com cancro ocular?
5. Depois do diagnóstico os doentes são encaminhados para o estrangeiro com o intuito de realizar o tratamento?
6. Cabo Verde tem possibilidade/condições em realizar esse tratamento? A existir, quais são essas condições?
7. Cancro de outros órgãos pode metastizar para o olho? E quais complicações que pode provocar essa metástase?
8. Que tipo de acompanhamento é feito após o tratamento?
9. Como é feito o registo dos doentes? Houve coleta de dados? Para quem?
10. Qual é sua opinião sobre o assunto “Cancro ocular” na realidade de Cabo Verde? E quais são as implicações/dificuldades que pode encontrar na sociedade?
11. Existe alguma campanha de sensibilização ou consultas de rotina para diagnóstico precoce?
12. O que acham que deve ser feito para mudar essa situação? E como fazê-lo?

Anexo II - Entrevista dos Oftalmologistas

*1. Alguma vez diagnosticaram doentes com cancro ocular em Cabo Verde?
Quantos e quais?*

- a) Sim, 6 doentes provenientes das ilhas de Santo Antão e São Vicente. Foram diagnosticados retinoblastomas, carcinomas conjuntivais e melanoma de coróide.
- b) Sim, já foram diagnosticadas algumas: por exemplo retinoblastoma; não posso dizer-te quantos devido a que não temos dados estatísticos confiáveis e atualizados;
- c) Sim, fazem-se diagnósticos de cancro ocular regularmente. Quanto aos números podes consultar a estatística que publica o Ministério da Saúde no seu site oficial (ver: Relatório Estatístico Anual, de vários anos).

2. Quais os procedimentos que fazem quando detetam/diagnosticar o cancro ocular/tumores oculares?

- a) A maioria do exame clínico depende do tumor, como a maioria dos doentes são evacuados é preciso de exames para a confirmação, por exemplo, para o caso de retinoblastoma fazem-se TAC ou biópsia;
- b) Normalmente realizam-se cirurgias e tratamentos locais. Em alguns casos enviamos para Portugal para confirmação de Diagnósticos e realização de tratamento que conseguimos fazer no nosso país;
- c) Quando temos uma suspeita pela clínica, pedimos exames complementares que se impõem (Ecografia, TAC, Ressonância Magnética) e/ou levamos o utente ao Bloco Operatório e recolhemos uma amostra do tecido suspeito para biópsia.

3. *Como é feito esse diagnóstico? Há algumas dificuldades em detetá-los?*

- a) Não tive problemas porque as pessoas demoram a chegar em nós;
- b) Por exemplo diagnósticos laboratoriais e anatomia patológico em alguns casos bem específicos para classificar alguns tumores;
- c) O diagnóstico é feito pela clínica que apresenta o utente unido ao exame oftalmológico, mais exames complementares e resultado de biopsia, se possível.

4. *Qual é a probabilidade de ter um bom prognóstico nos doentes com cancro ocular?*

- a) Dependendo do tipo de tumor, localização e em que estágio chega a nós. Os que diagnostiquei foram evacuados 3 ou 4 foram enucleados e 1 exenterado mas vivem bem;
- b) Diagnóstico precoce. Sempre pensar nos tumores oculares que são pouco frequentes mais existem;
- c) Cancros oculares detetados numa fase precoce têm geralmente bom prognóstico pois é possível operá-los no país ou serem evacuados para o efeito. Se o diagnóstico não é feito precocemente ainda assim é possível o tratamento através da quimioterapia (disponível no país) radioterapia (só no exterior) e cirurgia.

5. *Depois do diagnóstico os doentes são encaminhados para o estrangeiro com o intuito de realizar o tratamento?*

- a) Sim, mas tem um ou mais casos que eram suspeitas, fiz biópsias e excisão e nesses casos não foi preciso evacuá-los;
- b) Em alguns casos por exemplo retinoblastoma, melanoma de coróide ETC., mas temos alguns tumores benignos da conjuntiva realizam tratamento e seguimento aqui no país;
- c) Nem todos os casos necessitam de evacuação para o exterior. Contudo, penso que mais de 50% dos casos são evacuados.

6. *Cabo Verde tem possibilidade/condições em realizar esse tratamento? A existir, quais são essas condições?*

- a) Tem condições em certos casos iniciais que é a biópsia e excisão da lesão na área de segurança;
- b) Isto, e a análise de melhorar estas condições para termos equipamentos e não só recursos humanos para podermos realizar todos os procedimentos aqui no País.

7. *Cancro de outros órgãos pode metastizar para o olho? E quais complicações que pode provocar essa metástase?*

- a) Sim, do cancro de mama e de útero que metastizou para o olho, fiz biópsia de um carcinoma conjuntival que foi metástase do cancro da mama;
- b) Cancro em outros órgãos sim podem afetar os olhos causando afetação a nível ocular e outros podem causar Protrusão do globo ocular. E também cancros em outros órgãos podem ser detetados a vez de exame ocular;
- c) Sim, cancro de outros órgãos podem metastizar para o olho e as complicações podem ser perda visual permanente, uveíte, descolamento de retina e de coroides e até perda do olho por invasão tumoral ou evisceração/enucleação para tentar conter o avanço do tumor.

8. *Que tipo de acompanhamento é feito após o tratamento?*

- a) Fazemos acompanhamento multidisciplinar com a oncologia, ginecologia e oftalmologia, ou seja, com as especialidades envolvidas;
- b) Controlo sistemático por médico assistente, e orientações aos familiares. Por exemplo, em caso de retinoblastoma, antes de terem próximo filho devem ter orientações psicológicas e não só. Isso se tomarem a decisão de terem mais filhos, pois a probabilidade de a criança nascer com retinoblastoma é elevadíssima;
- c) O acompanhamento é feito através de consultas de rotina de oftalmologia e de oncologia. Habitualmente são solicitados exames complementares

procurando recidiva do tumor e em caso de recidiva propõe-se o utente para reevacuação, caso não seja uma situação de cancro em estágio terminal.

9. *Como é feito o registo dos doentes? Houve coleta de dados? Para quem?*

- a) A estatística deixa muito a desejar nesses casos; não têm um serviço para tratar disso em específico;
- b) Aqui enviamos a serviço de oncologia onde eles realizam registo na base de dados do serviço. E também a nível da oftalmologia fica registrado.

10. *Qual é sua opinião sobre o assunto “Cancro ocular” na realidade de Cabo Verde? E quais são as implicações/dificuldades que pode encontrar na sociedade?*

- a) O assunto é pouco divulgado. O acesso das pessoas ao médico é tardio devido não só à nossa cultura de ir ao médico só quando a coisa piora mas também ao tempo que leva a pessoa a consultar. Essa demora pode ter consequências;
- b) A realidade é que as pessoas têm pouco conhecimento sobre isto; pensam que cancro no olho não existe. Por outro lado, nós somos 10 ilhas então não temos a cobertura na nossa área em todas as ilhas;
- c) Penso que a sociedade está em alerta sobre o problema do cancro em geral, mas precisa de mais informação sobre o cancro ocular, principalmente na idade infantil o retinoblastoma, por exemplo; uma vez que a criança não se queixa, os pais devem estar alertas a sinais que podem aparecer e levar a criança aos serviços de saúde. Os recursos humanos em oftalmologia ainda são em número reduzido sendo o maior constrangimento na saúde ocular. Faltam alguns recursos materiais e equipamentos fundamentais para o tratamento, mas acredito que não tardará muito para que estejam disponíveis, visto o investimento que o Ministério da Saúde vem fazendo na luta contra o cancro, de uma forma geral.

11. Existe alguma campanha de sensibilização ou consultas de rotina para diagnóstico precoce?

- a) Não. Fazemos palestras pontuais mas não existe algo sistemático mesmo porque somos poucos médicos;
- b) Em todas as consultas de oftalmologia, dando mais atenção especial a pessoas com casos familiares de cancro ocular;
- c) Comparado com outras patologias oculares (por exemplo, a ambliopia nas crianças, a retinopatia diabética), o cancro ocular não é muito frequente motivo pelo qual não é objeto de campanhas específicas de sensibilização. No entanto, uma consulta de rotina de oftalmologia é capaz de detetar a presença de um cancro ocular na maior parte dos casos e isso faz-se no dia-a-dia.

12. O que acham que deve ser feito para mudar essa situação? E como fazê-lo?

- a) Sensibilização geral. Por exemplo, nós devido a casos de ambliopia, percorremos todos os centros de saúde a dar aulas aos enfermeiros para que saibam da importância da criança ser vista antes dos 7 anos assim como nas escolas e jardins. Do cancro, teríamos que também fazer isso mas, como te disse, os recursos humanos são escassos. Sempre que podemos falamos disto;
- b) Sempre manter a vigilância e nunca esquecer de cancro ocular;
- c) Penso que há dois investimentos prioritários: o primeiro em recursos humanos da área da saúde ocular e o segundo na educação da população sobre a saúde ocular.

Anexo III – Resposta da entrevista 1

1. Alguma vez diagnosticaram doentes com cancro ocular em Cabo Verde? Quantos e quais?

R: Sim, mais ou menos 10, retinoblastoma, carcinoma conjuntivais e melanoma de pálpebra. Nas ilhas de Santo Antão e São Vicente.

2. Quais os procedimentos que fazem quando detetam/diagnosticar o cancro ocular/tumores oculares?

R: a maioria do exame clínico depende do tumor, como a maioria dos doentes são evacuados é preciso de exames para a confirmação, por exemplo, a retinoblastoma foram feitos TAC e os outros através da biópsia.

3. Como é feito esse diagnóstico? Há algumas dificuldades em detetá-los?

R: não tive problemas porque as pessoas demoram a chegar em nós.

4. Qual é a probabilidade de ter um bom prognóstico nos doentes com cancro ocular?

R: dependendo do tipo de tumor, localização e em que estágio chega a nós. Os que diagnostiquei foram evacuados 3 ou 4 foram enucleados e 1 exenterado mas vivem bem.

5. Depois do diagnóstico os doentes são encaminhados para o estrangeiro com o intuito de realizar o tratamento?

R: sim, mas tem um ou mais casos que eram suspeitas fiz biópsias e excisão e esses não foram preciso de evacua-los.

6. Cabo Verde tem possibilidade/condições em realizar esse tratamento? A existir, quais são essas condições?

R: tem condições em certos casos iniciais que é a biópsia e excisão da lesão na área de segurança.

7. Cancro de outros órgãos pode metastizar para o olho? E quais complicações que pode provocar essa metástase?

R: sim, do cancro de mama e de útero que metastizou para o olho, fiz biópsia de um carcinoma conjuntival que foi metástase do cancro da mama.

8. Que tipo de acompanhamento é feito após o tratamento?

R: fazemos acompanhamento multidisciplinar com a oncologia, ginecologia e oftalmologia ou seja com as especialidades envolvidas.

9. Como é feito o registo dos doentes? Houve coleta de dados? Para quem?

R: a estatística deixa muito a desejar nesses casos não têm um serviço para tratar disso em específico.

10. Qual é sua opinião sobre o assunto “Cancro ocular” na realidade de Cabo Verde? E quais são as implicações/dificuldades que pode encontrar na sociedade?

R: o assunto é pouco divulgado. O acesso das pessoas ao médico é tarde devido primeiro a nossa cultura de ir ao médico só quando a coisa piora e o tempo que leva a pessoa a consultar. Essa demora pode ter consequências.

11. Existe alguma campanha de sensibilização ou consultas de rotina para diagnóstico precoce?

R: não mas sempre que fazemos palestras que são pontuais falamos mas não existe algo sistemático mesmo porque somos poucos médicos.

12. O que acham que deve ser feito para mudar essa situação? E como fazê-lo?

R: sensibilização geral mas por exemplo nós devido a casos de ambliopia andamos todos os centros de saúde a dar aulas aos enfermeiros para que saibam da importância da criança ser vista antes do 7 anos assim como nas escolas e jardins. Do cancro teríamos que também fazer isso mas como te disse recursos humanos são escassos e sempre que podemos falamos disto.

Anexo IV – Resposta da entrevista 2

1. Alguma vez diagnosticaram doentes com cancro ocular em Cabo Verde?
Quantos e quais?
Sim já foram diagnosticadas algumas: por exemplo retinoblastoma; obs: não posso dizer-te quantos devido a que não temos base de dados estatísticos confiáveis atualizados.
2. Quais os procedimentos que fazem quando detetam/diagnosticar o cancro ocular/tumores oculares?
Normalmente realizamos cirurgias, e tratamentos locais e em alguns casos enviamos para Portugal para confirmação de Diagnósticos e realização de tratamento não feitos no nosso país.
3. Como é feito esse diagnóstico? Há algumas dificuldades em detetá-los?
Por exemplo diagnósticos laboratoriais e anatomia patológico em alguns casos bem específicos para classificar alguns tumores.
4. Qual é a probabilidade de ter um bom prognóstico nos doentes com cancro ocular?
Diagnostico precoce. Sempre pensar nos tumores oculares que são pouco frequentes mais existem
5. Depois do diagnóstico os doentes são encaminhados para o estrangeiro com o intuito de realizar o tratamento?
Em alguns casos por exemplo retinoblastoma, melanoma de corioide ETC., mas temos alguns tumores benignos da conjuntiva realizamos tratamento e seguimento aqui no País.
6. Cabo Verde tem possibilidade/condições em realizar esse tratamento? A existir, quais são essas condições?
Isto e a analisar em melhorar estas condições para termos equipamentos e não só recursos humanos para podemos realizar todos os procedimentos aqui no País.
7. Cancro de outros órgãos pode metastizar para o olho? E quais complicações que pode provocar essa metástase?
Cancro em outros órgãos sim podem afetar os olhos causando afetação a nível ocular e outros podem causar Protrusão do globo ocular. E também cancros em outros órgão podem ser detetados ata vez de exame ocular.

8. Que tipo de acompanhamento é feito após o tratamento?
Controlo sistemático por medico assistente, e orientações aos familiares por Exemplo em caso de retinoblastoma que antes de terem próximo filho devem ter orientações psicológicos e não só na decisão de terem o filho pois a probabilidade de a criança nascer com retinoblastoma e elevadissimo.
9. Como é feito o registo dos doentes? Houve coleta de dados? Para quem?
Aqui enviamos a serviço de oncologia onde eles realizam registo na base de dados do serviço. E também a nivel da oftalmologia fica registrado.
10. Qual é sua opinião sobre o assunto “Cancro ocular” na realidade de Cabo Verde? E quais são as implicações/dificuldades que pode encontrar na sociedade?
A nossa realidade e que as pessoas têm pouco conhecimento sobre isto pensam que cancro no olho não existe, e outro e que nos somos 10 ilhas então não temos a cobertura na nossa área em todas as ilhas
11. Existe alguma campanha de sensibilização ou consultas de rotina para diagnóstico precoce?
Sempre em todas as consultas de oftalmologia, e sempre mais atenção especial nos casos já anteriores com casos familiares de cancro ocular.
12. O que acham que deve ser feito para mudar essa situação? E como fazê-lo?
Sempre manter a vigilância e nunca esquecer de cancro ocular.

Anexo V – Resposta da entrevista 3

1. Alguma vez diagnosticaram doentes com cancro ocular em Cabo Verde? Quantos e quais?
Sim, fazem-se diagnósticos de cancro ocular regularmente. Quanto aos números podes consultar a estatística que publica o Ministério da Saúde no seu site oficial (ver: Relatório Estatístico Anual, de vários anos)
2. Quais os procedimentos que fazem quando detetam/diagnosticar o cancro ocular/tumores oculares?
Quando temos uma suspeita pela clínica, pedimos exames complementares que se impõem (Ecografia, TAC, Ressonancia Magnética) e/ou levamos o paciente ao Bloco Operatório e recolhemos uma amostra do tecido suspeito para biopsia.
3. Como é feito esse diagnóstico? Há algumas dificuldades em detetá-los?
O diagnóstico é feito pela clínica que apresenta o paciente unido ao exame oftalmológico+exames complementares e resultado de biopsia, se possível.
4. Qual é a probabilidade de ter um bom prognóstico nos doentes com cancro ocular?
Cancros oculares detectados numa fase precoce têm geralmente bom prognóstico pois é possível operá-los no país ou serem evacuados para o efeito. Se o diagnóstico não é feito precocemente ainda assim é possível o tratamento através da quimioterapia (disponível no país) radioterapia (só no exterior) e cirurgia
5. Depois do diagnóstico os doentes são encaminhados para o estrangeiro com o intuito de realizar o tratamento?
Nem todos os casos necessitam de evacuação para o exterior. Contudo, penso que mais de 50% dos casos são evacuados.
6. Cabo Verde tem possibilidade/condições em realizar esse tratamento? A existir, quais são essas condições?
Ver resposta à pergunta 4.
7. Cancro de outros órgãos pode metastizar para o olho? E quais complicações que pode provocar essa metástase?
Sim, cancro de outros órgãos podem metatizar para o olho e as complicações podem ser perda visual permanente, uveíte, descolamento de retina e de coroides e até perda do olho por invasão tumoral ou evisceração/enucleação para tentar conter o avanço do tumor.
8. Que tipo de acompanhamento é feito após o tratamento?
O acompanhamento é feito através de consultas de rotina de oftalmologia e de oncologia. Habitualmente são solicitados exames complementares procurando recidiva do tumor e em caso de recidiva propõe-se o paciente para reevacuação, caso não for uma situação de cancro em estadio terminal.

9. Como é feito o registo dos doentes? Houve coleta de dados? Para quem?
Para esta pergunta sugiro contactar a Directora do Programa de Saúde Ocular, Dra Isabel Tavares quem poderá dar-te mais detalhes.
10. Qual é sua opinião sobre o assunto “Cancro ocular” na realidade de Cabo Verde? E quais são as implicações/dificuldades que pode encontrar na sociedade?
Penso que a sociedade está bastante alerta sobre o problema do cancro em geral mas precisa de mais informação sobre o cancro ocular principalmente na idade infantil, o retinoblastoma por exemplo, pois, uma vez que a criança não se queixa, os pais devem estar alertas a sinais que podem aparecer e levar a criança aos serviços de saúde. Os recursos humanos em oftalmologia ainda são em número reduzido sendo o maior contrangimento na saúde ocular. Faltam alguns recursos materiais e equipamentos fundamentalmente para o tratamento mas acredito que não tardará muito a que estejam disponíveis visto o investimento que o Ministério da Saúde vem fazendo na luta contra o cancro de uma forma geral.
11. Existe alguma campanha de sensibilização ou consultas de rotina para diagnóstico precoce?
Comparado com outras patologias oculares (por exemplo a ambliopia nas crianças, a retinopatia diabética), o cancro ocular não é muito frequente motivo pelo qual não é objecto de campanhas específicas de sensibilização. No entanto, uma consulta de rotina de oftalmologia é capaz de detectar a presença de um cancro ocular na maior parte dos casos e isso faz-se no dia-a-dia.
12. O que acham que deve ser feito para mudar essa situação? E como fazê-lo?
Penso que há dois investimentos prioritários: o primeiro em recursos humanos da área da saúde ocular e o segundo na educação da população sobre a saúde ocular.